This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

**Usage guidelines**

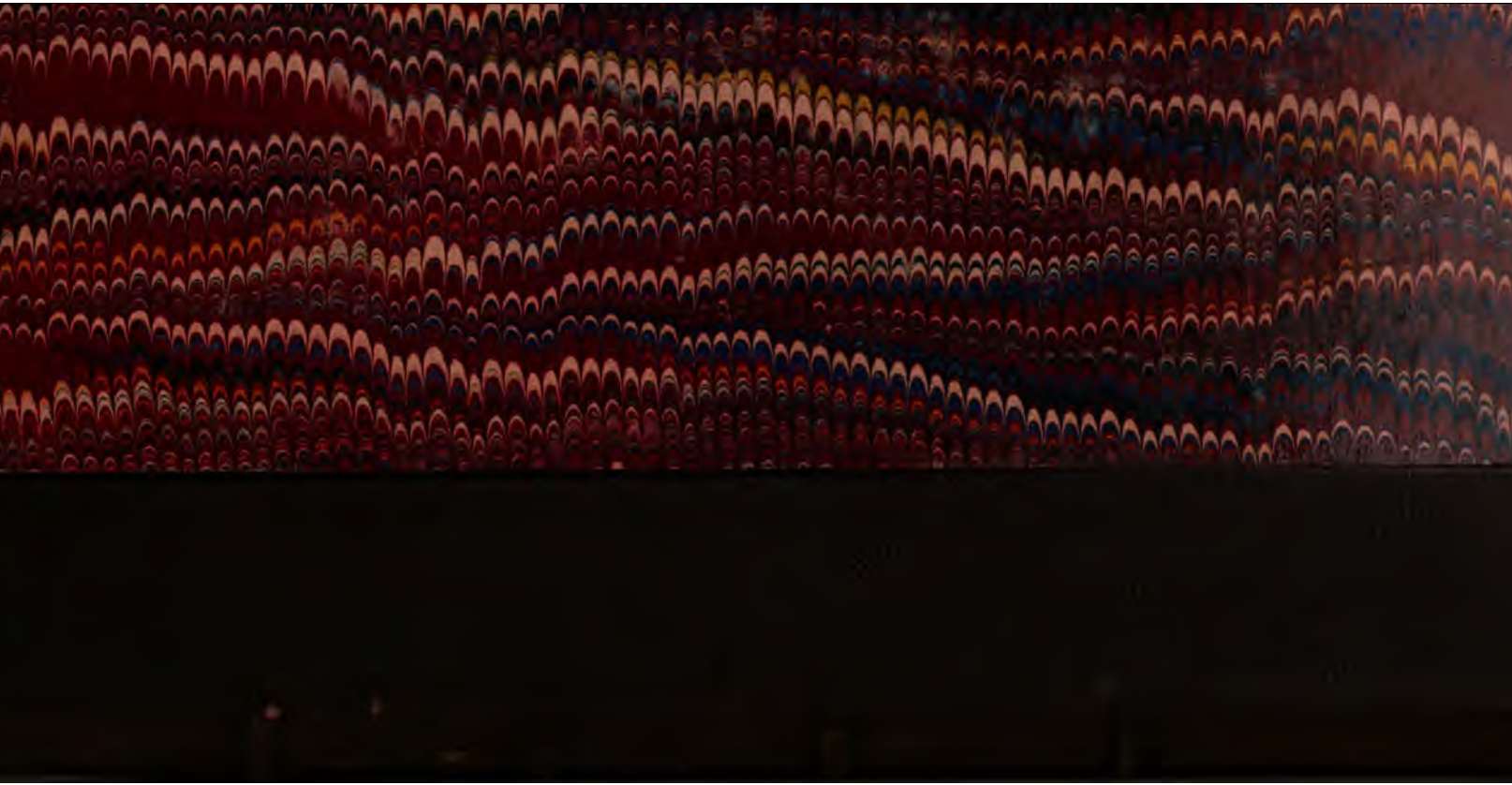
Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

**About Google Book Search**

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`



# ARCHIVES

DE

# NEUROLOGIE

# ARCHIVES
DE
# NEUROLOGIE

REVUE MENSUELLE

## DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

FONDÉE PAR **J.-M. CHARCOT**

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.


**A. JOFFROY**
Professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris.

**V. MAGNAN**
Membre de l'Académie de médecine
Médecin de l'Asile clinique (Ste-Anne).

**F. RAYMOND**
Professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Paris.



COLLABORATEURS PRINCIPAUX

MM. ABADIE (J.), AMBARD, ARNAUD, BABINSKI, BALLET, BLANCHARD (R.), BLIN, BOISSIER (F.), BONCOUR (P.), BOYER (J.), BRIAND (M.), BRISSAUD (E.), BROUARDEL (P.), BRUNET (D.), BUVAT (J.-C.), CATSARAS, CESTAN, CHABBERT, CHARON, CHRISTIAN, CLÉRAMBAUD, COLOLIAN, CULLERRE, DEBOVE (M.), DENY, DEVAY, DUCAMP, DUVAL (MATHIAS), FAUCHER, FEBVRE, FERE (CH.), FENAYROU FERRIER, FRANCOTTE, GILLES DE LA TOURETTE, GARNIER (S.), GOMBAULT, GRASSET, GUIARD, KERAVAL, KOUINDJY, LADAME, LANDOUZY, LEGRAIN, LENOBLE, LEROY, LWOFF, MABILLE, MARANDON DE MONTYEL, MARIE (A.), MIERZEJEWSKI, MIRALLIÉ, MUSGRAVE-CLAY, PARIS (A.), DE PERRY, PETIT, PICQUÉ, PIERRET, PITRES, REGIS, REGNARD (P.), RÉGNIER (P.), RICHER (P.), ROTH (W.), SÉGLAS, SÉRIEUX, SOLLIER, SOUKHANOFF, SOUQUES, TAGUET, THILO (OT.), THULIE (H.), TRUELLE, URRIOLA, VALLON, VILLARD, VOISIN (J.), YVON (P.).

*Rédacteur en chef :* BOURNEVILLE

*Secrétaires de la rédaction :* J.-B. CHARCOT ET J. NOIR


---


**Deuxième série, tome XIV. — 1902.**

Avec 36 figures dans le texte.

---

PARIS

BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*

14, *rue des Carmes.*

1902

BOSTON MEDICAL
JUN 19 1903
LIBRARY.

CATALOGUED
JUN 19 1903
E. H. B.

Vol. XIV. Juillet 1902. N° 79.

7256

# ARCHIVES DE NEUROLOGIE

BOSTON MEDICAL LIBRARY
JUN 19 1903

## THÉRAPEUTIQUE.

### Nouvelle contribution à l'étude de l'épilepsie vertigineuse et à son traitement par le bromure de camphre ;

Par BOURNEVILLE et AMBARD.

Depuis bien des années le bromure camphre est employé dans le service des enfants de Bicêtre[1]. Les résultats thérapeutiques obtenus soit dans la chorée, soit contre l'insomnie, et les cauchemars, soit surtout dans l'épilepsie ont été consignés dans des thèses inaugurales ou des notes insérées dans les *Compte rendus* annuels[2]. Aux faits anciens, nous allons en ajouter quelques-uns qui nous paraissent de nature à encourager les médecins praticiens à recourir à ce médicament,

[1] Bibliographie. — Bourneville, Communications à la *Société de biologie*, 1874 et *Progr. méd.*, 1874, 1875, résumées dans la thèse de M. le Dr Pathault, 1875. — Revues des travaux publiés sur le bromure de camphre (*Progr. méd.*, passim) ; — Cornet, *Traitement de l'épilepsie*, 1889 (avec observations de notre service) ; — Bourneville, *Observation de chorée guérie par le bromure de camphre, avec spécimens de l'écriture* (Compte rendu du service de Bicêtre pour 1885, p. 49) ; — *Du bromure de camphre dans l'épilepsie* (Compte rendu de 1889, p. 33). — *De l'emploi thérapeutique du bromure de camphre* (érections douloureuses et cystalgie, accidents dus à la dentition, spermatorrhée, insomnie, hystérie, délirium trémens), *et en particulier dans l'épilepsie vertigineuse*, 5 observations (Compte rendu de 1895, p. 218) ; *Chorée, bromure de camphre, guérison*. En collaboration avec M. Katz. (Compte rendu de 1898, p. 3).

[2] Dernièrement, nous avons vu une malade de Pologne atteinte d'une affection douloureuse de la vessie, à laquelle le professeur Lotar a donné, avec succès, des capsules de bromure de camphre du Dr Clin.

moins employé qu'il ne devrait l'être, non seulement dans l'épilepsie, mais dans un grand nombre d'affections du système nerveux.

### Observation I. — Épilepsie symptomatique.

Sommaire. — *Père, excès de boissons. Oncle paternel, excès de boissons, mort de tuberculose. Renseignements insuffisants sur le reste de la famille. — Mère sujette à des céphalalgies. Un frère et une sœur, morts de méningite. Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de cinq ans* (père plus âgé).

*Notre malade : première dent à sept mois. Propre à dix mois. Premières convulsions à sept mois. Tics convulsifs de l'épaule du côté droit. Convulsions fréquentes de sept mois à trois ans. Début de l'épilepsie à neuf ans. Accès et vertiges nombreux. Irritabilité, jalousie, turbulence. Description des accès et des vertiges. Procursion. Bromure de camphre. Diminution progressive et, enfin, disparition des vertiges. — Sortie, mariage.*

Du... (Rachel), née le 14 juin 1883, entrée le 27 mai 1895 à la Fondation Vallée, en est sortie le 5 février 1901.

*Antécédents héréditaires. — Père* : mort à trente-huit ans d'une hernie étranglée; pas de rhumatismes, pas de convulsions, pas de maladies vénériennes, ni de fièvre typhoïde. *Il buvait beaucoup*, mais n'était que rarement ivre. [*Père* : pas de renseignements. *Mère* : soixante-quatorze ans, rhumatisante. Grands parents inconnus. Une *sœur* et sa fille bien portantes. Un *frère* mort de tuberculose.]

*Mère* : fièvre typhoïde à douze ans, pas de troubles intellectuels consécutifs; céphalalgies mais pas de migraines, ni de syphilis, ni alcoolisme, vive et emportée. [*Père* : sobre, mort à cinquante-neuf ans. *Mère* : morte à quarante-cinq ans, de cause inconnue. *Grands parents*, pas de renseignements. Un *frère* : vingt-huit ans, sobre. Deux *sœurs* : rien à signaler. Pas d'idiots, d'épileptiques, de malformés dans le reste de la famille.]

Pas de consanguité. Inégalité d'âge de cinq ans. (Père plus âgé).

Dix *enfants* : 1° garçon, dix-neuf ans, sain; 2° fille morte en venant au monde, à terme; la mort a été attribuée par la mère à une chute; 3° garçon mort à vingt-deux ans d'une *méningite* qui a duré onze mois; 4° fausse couche de trois mois, suite d'une peur; 5° garçon, fièvre typhoïde à sept ans et demi, intelligent; 6° fille morte à six semaines de cholérine; 7° notre malade; 8° garçon, dix ans, rien à signaler; 9° fille, sept ans, otite suppurée; 10° fille morte à deux mois et demi de *méningite*.

*Notre malade.* Rien de spécial à la *conception* [1]. — *Grossesse* absolument normale, ni chutes, ni émotions, ni frayeurs, ni éclampsie. *Accouchement* à terme en une heure. Elle a perdu beaucoup d'eau; présentation du sommet. Pas d'asphyxie, pas de cordon. Nourrie au sein par sa mère jusqu'à dix-sept mois. Prise du sein normale, pas de cris. Première dent à sept mois. Dentition complète à dix-huit mois. Elle a commencé à parler à huit mois, a été propre à dix mois. Ni bave, ni succion, ni onanisme.

*Premières convulsions* à sept mois, avec la première dent, pendant trente minutes. Aurait été toute raide, sans secousses, yeux grands ouverts. Depuis lors, jusqu'à trois ans, au moins cent convulsions. C'est la première qui a été la plus longue. Les premières convulsions n'ont pas modifié l'intelligence. A la suite des premières convulsions, à sept mois, l'enfant, au dire de sa mère, aurait conservé un *mouvement spasmodique de l'épaule droite.*

De trois à neuf ans, aucun accident convulsif, ni cauchemars, ni terreurs, ni vertiges. Le *premier accès* est survenu dans les conditions suivantes : A la fête de la place d'Italie, l'enfant demandait un sou pour monter sur les chevaux de bois. Sa mère refuse, l'enfant persiste dans sa demande et tout d'un coup tombe raide; elle resta quarante-huit heures sans connaissance. Un médecin, pendant ce temps, tenta vainement de la ranimer. Elle se réveilla spontanément, appela sa mère et demanda à manger. Elle fut menée à la Salpêtrière où Charcot ordonna des douches et du bromure. Nouvel accès trois jours après, sans cri. Elle se laissa glisser le long d'un mur, resta raide, puis elle ronfla. Ni bave, ni écume, ni évacuations : durée cinq minutes. Pas de folie pré-ou post-épileptique. *Sa mère n'aurait pas constaté de vertiges et cependant on les a notés dès l'entrée.* Pas d'atteinte de l'intelligence. Aucune maladie infectieuse, ni accidents scrofuleux; plusieurs bronchites légères.

*Etat actuel.* — L'enfant paraît en bonne santé, son attitude est normale. La physionomie intelligente. Lèvres et conjonctives bien colorées.

*Tête* : Cheveux châtains bien plantés. Crâne, configuration arrondie, symétrique. Front bombé. Visage ovale, cicatrice à la partie gauche du front, suite de chute. Arcades sourcillières normales, symétriques. Sourcils abondants, châtain foncé, bien plantés. Paupières mobiles et régulières. Yeux normaux. Nez droit. Pommettes régulières. Voûte du palais, amygdales, langue, normales. Dents bien plantées, saines. Menton rond. Oreilles régulières, lobule bien détaché. Tronc bien conformé. Membres supérieurs et infé-

[1] Le père, comme nous l'avons dit, commettait de fréquents *excès de boisson*, et les *rapports sexuels* avaient souvent lieu quand il avait bu.

rieurs normaux, ainsi que les réflexes; onychophagie bilatérale. Tous les ongles sont rongés dans une longueur qui varie de 5 à 6 millimètres. L'auscultation et la percussion ne décèlent rien de particulier.

*Puberté.* — Aisselles et pénil glabres. Seins : 7 centimètres de large sur 6 1/2 de haut. Grandes lèvres peu développées. Petites lèvres normales. Hymen, fissure antéro-postérieure. Pas d'hémorrhoïdes. Anus glabre. Non réglée. Pas d'onanisme.

Caractère variable, triste si on la laisse seule, pas d'accès de colère. Pas de perversions des instincts. Vagues tendances au suicide, aurait essayé de se jeter par la fenêtre, au dire de sa mère.— Digestion et respiration normales. Sujette à paresser. — Sensibilité spéciale et générale normales. Aucun signe d'hystérie. Sommeil bon, naturel. Sentiments affectifs excellents. Parole et voix nettes. Propre, soigneuse de sa personne.

*Température à l'entrée.*

| DATE | | SOIR | MATIN |
|---|---|---|---|
| 27 mai. . . . . | 1er jour . . . . | 37°,2 | |
| 28 — . . . . | 2e — . . . . | 37°,3 | 37° |
| 29 — . . . . | 3e — . . . . | 37°,6 | 37°,1 |
| 30 — . . . . | 4e — . . . . | 37° | 37° |
| 31 — . . . . | 5e — . . . . | 37°,4 | 37°,2 |

*Traitement :* Douches froides en jet en éventail de quarante secondes. Badigeonner les doigts avec de la teinture de coloquinte. École, ouvroir, gymnastique.

*Septembre.* — Rachel est de plus en plus turbulente et irritable. A la moindre remarque, elle répond impertinemment, hausse les épaules, menace de se plaindre à ses parents. Elle est encore plus insupportable depuis l'entrée à la Fondation de sa sœur, dont elle est *jalouse*, s'empare de la plus large part des friandises apportées par sa mère. Si on fait une caresse à sa sœur, elle la regarde d'un œil méchant, la bat sans motif. On est obligé de les séparer au dortoir et au réfectoire. R... déclare qu'elle n'aime pas sa sœur et ne peut pas la voir. Elle est foncièrement paresseuse, ne travaille ni à l'ouvroir ni à l'école, taquine ses compagnes ou dort sur la table.

En raison de ses vertiges on lui donne des *capsules de bromure de camphre*, deux la première semaine, quatre la seconde,.. dix la cinquième, on suspend une semaine et on recommence.

19. — R... dont les *vertiges* sont très nombreux, a son *premier accès* aujourd'hui, précédé d'une série de vertiges. Pendant cinq minutes, elle est restée debout, immobile, le regard fixe, le visage pâle. Puis elle a dit : Oh ! que j'ai mal au cœur ! J'ai mangé trop de poires. On l'a couchée et, au bout de quelques secondes, rigidité générale, secousses très fortes des quatre membres, face pâle puis violacée, bave assez abondante, ronflement. Au bout de deux minutes environ elle est revenue à elle : Où suis-je? J'ai mal au cœur ; j'ai mangé trop de poires, je n'en mangerai plus. » Ensuite elle a vomi beaucoup. Elle s'est endormie deux heures après. La nuit a été bonne. — Cet accès, le premier, depuis l'entrée, paraît avoir été provoqué par une *indigestion*.

*Température dans l'accès.*

| DATE | Au moment du ronflement. | 1/4 d'heure après l'accès. | 2 heures après l'accès. | OBSERVATIONS |
|---|---|---|---|---|
| 5 septembre 1895. | 37°4 | 37°1 | 37° | |
| 15 décembre 1895. | 37°5 | 37°2 | 37°1 | |

Suivant la règle, la température rectale s'est élevée sous l'influence de l'accès.

*Octobre.* — Les *vertiges*, très nombreux, viennent à toute heure. Ils sont, toutefois, moins fréquents la nuit ou passent inaperçus. Voici en quoi ils consistent : secousses, regard fixe, yeux grands ouverts, nez pincé, face pâle. Si elle est debout, elle marche, va et vient, *court* dans le préau ou le jardin, sans s'en rendre compte. Si elle est assise, elle se balance d'avant en arrière. Loin de laisser tomber les objets qu'elle tient à la main, elle semble les saisir plus fortement. Lorsqu'elle revient à elle, elle secoue la tête, est surprise et étonnée, comme si elle sortait d'un rêve. Lui parle-t-on, elle répond : « Eh bien ! me voilà, ça y est... », et elle reprend l'ouvrage qu'elle faisait auparavant. Durée de quelques secondes à une ou deux minutes. Pas d'aura.

Dans les vertiges qui s'accompagnent de *procursion*, si, à ce moment, elle tient un enfant par la main, elle l'entraîne dans sa

course. En reprenant connaissance, elle est toute étonnée du chemin parcouru.

*Décembre.* — Le bromure de camphre, suspendu le 8 octobre et remplacé par l'élixir polybromuré, est repris de 2 à 10 capsules et de 10 à 2; élixir polybromuré de 1 à 4 grammes et de 4 à 1.

*Puberté.* — Seins 7 centimètres sur 7 et demi à droite, 7 sur 6 et demi à gauche. Fin duvet sur les deux tiers médians du pénil. Quelques poils à l'extrémité supérieure des grandes lèvres, qui sont assez développées, écartées l'une de l'autre d'un centimètre, laissant passer les petites lèvres brunes. Les règles n'ont point encore paru.

1896. *Juin.* — *Puberté.* — Quelques rares poils dans les aisselles. Seins, 14 centimètres de haut sur 11 de large. Aréoles bien pigmentées. Poils assez abondants sur le pénil. Les petites lèvres, très larges, débordent les grandes d'un centimètre. Capuchon long, recouvrant un clitoris petit. Hymen, orifice laissant passer l'index. Les *premières règles* ont apparu sans accidents particuliers. — Le traitement, outre les douches, les travaux scolaires et manuels et la gymnastique a continué ainsi qu'il suit :

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1re | semaine : | 2 | capsules et | 1 | gramme | d'élixir polybromuré |
| 2e | — | 4 | — | 2 | — | de polybromure |
| 3e | — | 6 | — | 3 | — | — |
| 4e | — | 8 | — | 4 | — | — |
| 5e | — | 10 | — | 4 | — | — |
| 6e | — | 8 | — | 4 | — | — |
| 7e | — | 6 | — | 3 | — | — |
| 8e | — | 4 | — | 2 | — | — |
| 9e | — | 2 | — | 1 | — | — |

1897. *Janvier.* — *Puberté.* — Poils assez rares, courts et foncés sous les aisselles. Seins, 14 centimètres sur 13. Poils assez abondants sur les deux tiers médians du mont de Vénus. Pas d'autres modifications. Les règles ont été suspendues en juillet, août et octobre 1896.

Rachel a fait quelques progrès sous tous les rapports. Parfois la bonne volonté fait défaut; elle est turbulente, légère, taquine. Elle est plus affectueuse, plus empressée à rendre service, plus obéissante. En récréation elle joue avec ses compagnes, fait de la dentelle. Sa tenue est des meilleures, elle est même coquette. Travaille bien à l'ouvroir, est adroite pour la couture, le repassage, fait très bien la gymnastique.

*Juin.* — *Puberté.* — Les poils de l'aisselle n'ont guère augmenté. Seins, 16 sur 16. Poils plus nombreux sur le pénil et les grandes lèvres. Petites lèvres longues, dépassant les grandes lèvres. Orifice de l'hymen en forme de croix. Règles régulières. Pas d'onanisme.

TABLEAU A. — *Mesures de la tête*

| | 1895 | | 1896 | | 1897 | | 1898 | | 1899 | | 1900 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Mai. | Juillet. | Janvier. | Juillet. | Janvier. | Juillet. | Janvier. | Juillet. | Janvier. | Juillet. | Janvier. | Juillet. |
| Circonférence horizontale maxima | 53 | 53 | 53 | 53 | 53 | 53 | 54 | 54 | 54 | 54 | 55 | 55 |
| Demi-circonférence bi-auriculaire | 36 | 36 | 36 | 36 | 36 | 36 | 36 | 36 | 36 | 36 | 36 | 36 |
| Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez | 39 | 39 | 39 | 39 | 39 | 39 | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 |
| Diamètre antéro-postérieur maximum | 17,8 | 17,8 | 17,8 | 17,8 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18,1 |
| — bi auriculaire — | 11,5 | 11,5 | 12 | 12 | 12,1 | 12,1 | 12,1 | 12,3 | 12,8 | 12,8 | 12,8 | 12,9 |
| — bi-pariétal — | 14,2 | 14,2 | 14,6 | 14,6 | 14,7 | 14,7 | 14,7 | 14,7 | 14,7 | 14,7 | 14,7 | 14,7 |
| — bi temporal — | 11 | 11 | 12 | 12 | 12,4 | 12,4 | 12,4 | 12,4 | 12,4 | 12,4 | 12,4 | 12 4 |
| Hauteur médiane du front | 5,5 | 5,5 | 5,5 | 5,5 | 5,5 | 5,5 | 5,5 | 5,5 | 5,5 | 5,5 | 5,5 | 5,5 |

Le caractère s'améliore, mais Rachel reste turbulente, taquine et semble aimer à faire de la peine aux autres enfants. Sous tous les autres rapports, les progrès signalés plus haut persistent.

1898. *Janvier.* — *Puberté.* — Seins, 16 sur 18. L'orifice de l'hymen paraît un peu large et permet facilement l'entrée de l'index.

Son travail, son activité et sa tenue ne laissent rien à désirer, mais elle est souvent peu attentive, dissipe ses compagnes. Elle est moqueuse, arrogante, voudrait dominer tout le monde et n'agit qu'à sa guise. Depuis quelque temps, elle se livre à l'*onanisme* et essaye de se faire toucher par les autres. Elle exige à cet égard une surveillance toute particulière.

*Novembre.* — Persistance de l'onanisme, cherche à entrainer ses compagnes et à profiter du moindre relâchement de surveillance.

1899. *Janvier.* — *Puberté.* — Mêmes dimensions des seins, pénil garni de poils longs et noirs sur toute sa longueur. Poils moyennement abondants sous les aisselles.

Rachel tient mieux compte des observations qui lui sont faites; elle pourrait faire de plus grands progrès en classe si elle était moins étourdie et moins distraite. Elle est toujours orgueilleuse, voudrait qu'on l'admire en tout et partout, essaye en promenade d'attirer les regards des hommes. Elle aime les jeux bruyants, est très adroite pour les travaux manuels, sait faire marcher la machine à coudre. A la gymnastique, elle est d'une agilité et d'une adresse sans pareilles.

*Juillet.* — *Puberté.* — Poils nombreux, mais courts sous les aisselles formant une bande de 8 centimètres sur 3. Seins 18 centimètres sur 15. Tout le pénil est couvert de poils noirs et assez longs. Même état de la vulve.

1900. *Janvier.* — *Puberté.* — Le sein droit mesure 21 centimètres transversalement sur 17 verticalement, le gauche 20 sur 17, aréoles bien dessinées, mamelons bien développés. Même état du système pileux. Grandes lèvres un peu plus épaisses.

Rachel travaille avec plus d'assiduité à la classe. Elle est toujours un peu légère et étourdie, il faut lui faire des remontrances qu'elle accepte beaucoup mieux qu'autrefois. Elle s'accorde bien avec les compagnes de son âge, est serviable. C'est l'une des plus avancées pour le travail manuel. Cette amélioration du caractère coïncide avec une diminution considérable des vertiges.

*Juin.* — *Puberté.* — Pas de changement notable, sauf que les grandes lèvres ont un peu grossi, sont plus pigmentées et présentent des poils au niveau du tiers supérieur de la face externe.

A signaler une vanité croissante, le désir d'attirer sur elle l'attention des hommes qui viennent dans le service. Pour le reste, rien

de spécial à noter. Intelligence, attention, activité très satisfaisantes.

Rachel a fait des progrès sous tous les rapports. C'est une nature passionnée, des plus impressionnables. Il faut exercer sur elle une surveillance constante, principalement quand des ouvriers ou des jardiniers sont dans la maison. Elle fait tout ce qu'elle peut pour attirer leurs regards, passe et repasse devant eux. Ses allures, ses manières, son regard, tout est provoquant chez elle. Elle céderait volontiers à la moindre invitation. Pour tout ce qui concerne les travaux de repassage et à l'aiguille elle est très adroite. Elle pique à la machine avec beaucoup d'adresse. C'est une des meilleures ouvrières de l'ouvroir. Elle continue à faire de la gymnastique avec une agilité surprenante.

*Septembre.*— Comme les *vertiges* ont considérablement diminué, 3, 4, 9 dans les trois derniers mois au lieu de 300 à 400 dans les premiers mois de son séjour, nous lui accordons, sur la demande de sa mère, un congé de deux mois.

TABLEAU B. — *Tableau du poids et de la taille.*

| | 1895 | | 1896 | | 1897 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Mai. | Juillet. | Janvier. | Juillet. | Janvier. | Juillet. |
| Poids . . . . | 30 kg. | 37kg,500 | 37kg,500 | 38 kg. | 45 kg. | 46 kg. |
| Taille . . . . | 1m,44 | 1m,46 | 1m,46 | 1m,47 | 1m,52 | 1m,56 |
| | **1898** | | **1899** | | **1900** | |
| | Janvier. | Juillet. | Janvier. | Juillet. | Janvier. | Juillet. |
| Poids . . . . | 48 kg. | 49 kg. | 48 kg. | 48kg,900 | 50 kg. | 49 kg. |
| Taille . . . . | 1m,58 | 1m,58 | 1m,58 | 1m,58 | 1m,58 | 1m,58 |

Les *règles* à partir de 1897, et jusqu'à son départ en congé d'essai (septembre 1900), ont été régulières, venant tous les mois, à un jour près, durant de quatre à six jours, sans douleur, en général abondantes.

27 *novembre*. — Sa mère nous apprend que Rachel travaille dans une imprimerie, qu'on est content d'elle, qu'elle se conduit bien et elle *affirme* qu'elle n'a eu, depuis son départ, aucun accident nerveux.

1901. — Le 23 *janvier*, nous recevons une lettre d'un M. X... nous demandant un rendez-vous afin d'avoir des renseignements sur la maladie de Rachel. Le signataire ne serait autre qu'un prétendu.

5 *février*. — Sa mère vient nous demander si R... peut se marier.

Le prétendu, âgé de vingt-quatre ans, ouvrier en vitraux, serait fils de *sourds et muets*, son père à partir de quatre ans, à la suite d'une chute, sa mère, de naissance, ce qu'on a attribué à une peur de sa mère pendant la grossesse. Rachel continue à travailler dans une imprimerie où l'on est satisfait d'elle. Sa mère n'a remarqué aucun vertige, ce qui est probable, car on en aurait vu à l'imprimerie, d'autant plus qu'elle travaille partout, même aux machines.

1902. — Nous apprenons que Rachel s'est mariée en novembre dernier. Son mari, qui est bien au point de vue physique, parait intelligent, s'exprime avec facilité, se déclare très content de son mariage, n'avoir à se plaindre en aucune façon de sa femme. Celle-ci est en bonne santé, bien qu'elle ait un peu maigri et n'aurait eu aucun accident nerveux. La surveillante, M^lle^ Langlet, qui est allée aux renseignements a trouvé leur logement très soigné, très propre. Rachel était absente.

Voir page 11 marche des accidents épileptiques.

Réflexions. — I. L'*hérédité* est très peu chargée. Ce qui domine, c'est l'*alcoolisme* du père, qui parait s'être traduit chez ses enfants, par deux cas de *méningite* et l'*épilepsie* de notre malade,

II. Cette affection aurait été précédée de nombreuses *convulsions* depuis l'âge de sept mois jusqu'à trois ans. De là à neuf ans aucun accident convulsif. C'est à neuf ans qu'aurait débuté l'épilepsie. Elle était surtout caractérisée par des *vertiges*.

III. Sous l'influence du traitement par le *bromure de camphre*, administré sous forme de capsules, les vertiges ont diminué et finalement disparu. L'histoire de Rachel met bien en évidence les heureuses modifications survenues dans son caractère, au fur et à mesure de la diminution des vertiges. A cet égard, c'est une observation typique.

IV. La description que nous avons tracée d'un accès et de plusieurs vertiges s'ajoute à celles qui sont disséminées dans nos *Comptes-rendus* et dont les auteurs des traités de médecine pourraient assurément tirer profit.

TABLEAU C. — *Tableau des accès.*

| MOIS | 1895 | | 1896 | | 1897 | | 1898 | | 1899 | | 1900 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Accès. | Vertiges. | Accès. | Vertiges. | Accès. | Vertiges. | Accès. | Vertiges. | Accès. | Vertiges. | Accès. | Vertiges. |
| Janvier | » | » | » | 217 | » | 185 | » | 127 | » | 155 | » | 10 |
| Février | » | » | » | 267 | » | 108 | » | 145 | » | 196 | » | 8 |
| Mars | » | » | » | 312 | » | 190 | » | 118 | » | 186 | » | 15 |
| Avril | » | » | » | 420 | » | 198 | » | 155 | » | 180 | » | 6 |
| Mai | » | 40 | » | 162 | » | 125 | » | 108 | » | 185 | » | 3 |
| Juin | » | 175 | » | 215 | » | 145 | » | 112 | » | 153 | » | 5 |
| Juillet | » | 274 | » | 115 | » | 120 | » | 108 | » | 113 | » | 4 |
| Août | » | 277 | » | 216 | » | 142 | » | 88 | » | 86 | » | 9 |
| Septembre | 1 | 292 | » | 240 | » | 155 | » | 75 | » | 21 | » | 3 |
| Octobre | » | 259 | » | 241 | » | 160 | » | 90 | » | 6 | » | » |
| Novembre | » | 345 | » | 115 | » | 128 | » | 102 | » | 11 | » | » |
| Décembre | 1 | 330 | » | 85 | » | 125 | » | 101 | » | 10 | » | » |
| TOTAUX | 2 | 1993 | » | 2605 | » | 1787 | » | 1327 | » | 1302 | » | 63 |

OBSERVATION II. — ÉPILEPSIE IDIOPATHIQUE (?). BROMURE DE CAMPHRE. GUÉRISON.

SOMMAIRE. — *Père, aucun accident nerveux, mort de tuberculose en décembre* 1890. — *Renseignements à peu près nuls sur sa famille.* — *Mère, migraineuse.* — *Grand'mère maternelle sujette à des névralgies.* — *Rien de particulier dans le reste de la famille.* — *Sœur morte probablement de tuberculose.* — *Pas de consanguinité.* — *Inégalité d'âge de huit ans.* (Père plus âgé.)

*Conception, rien d'anormal.* — *Grossesse tourmentée par une maladie de son mari.* — *Accouchement un peu long.* — *Cyanose à la naissance.* — *Première dent à six mois.* — *Dentition complète à ?* — *Début de la parole à un an ;* — *de la marche à quatorze mois.* — *Propre de bonne heure.* — *Intelligence développée.* — *Certificat d'études à douze ans.* — *Ennuis et tristesse dans la douzième année.* — *Première crise à treize ans* (février 1898). — *Ensuite quelques crises espacées sur un laps de temps de deux mois* (1898). — *Vertiges très nombreux.* — *Traitement par le bromure de camphre.* — *Disparition complète des crises en juin de la même année.* — *Maintien de la guérison de juin* 1899 à 1902.

De Mich... (Marguerite), née le 4 avril 1885, entrée le 7 janvier 1899 à la Fondation Vallée, est sortie le 20 avril 1901.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. (*Renseignemeuts fournis par sa mère*). — *Père,* quarante-cinq ans, *rhumatisant;* tourneur de son métier, mort en décembre 1899 de *tuberculose.* — Pas de convulsions, pas de migraines, pas d'abusd'alcool ni de tabac. Caractère vif. Marié à vingt-sept ans. — Le père de la malade est d'origine italienne, et on ne peut donner de renseignements sur sa famille, mais on pense qu'il n'y a jamais eu de cas de maladie nerveuse.

*Mère,* trente-huit ans, *migraines* fréquentes dès l'âge de douze ans. Réglée à quatorze ans. — Les migraines, très fréquentes dans les premières années, se sont un peu espacées, au point de ne reparaître actuellement que tous les mois. — Elles consistent en une céphalalgie, accompagnée de nausées et parfois de vomissements: pas de brouillard, mais souvent elle voit un fil noir tendu devant l'œil gauche. Ni rhumatisme, ni chorée, ni fièvre typhoïde. [*Père,* mort à soixante-un ans, d'un refroidissement, sobre, pas de migraines. — *Mère,* soixante dix-sept ans, bien portante, pas de migraines, mais elle a « comme des névralgies ». — Pas de renseignements sur les grands parents. — Un *frère,* quarante-cinq ans, en bonne santé ainsi que ses dix enfants qui n'ont pas eu de convulsions. — Une *sœur,* mariée, a eu une fille, laquelle elle-même a une enfant : ni les uns, ni les autres n'ont eu de convulsions. —

Rien dans le reste de la famille, ni bègues, ni paralytiques, ni malformés, ni strabiques, etc.]

Pas de consanguinité. Différence d'âge de huit ans (père plus âgé). — Aucun indice de syphilis ni chez l'un, ni chez l'autre.

Deux *enfants*. — 1° Notre malade; 2° une fille morte à huit ans et demi de *péritonite tuberculeuse* aux Enfants-malades.

Antécédents personnels. — A la *conception*, rien de spécial si ce n'est que le père était déjà souffrant. — *Grossesse* dans des conditions à peu près parfaites, sauf que la mère était continuellement préoccupée par la santé de son mari. Elle ne sait pas exactement à quelle époque elle a senti remuer l'enfant; les mouvements étaient modérés. — *Accouchement* à terme, travail assez long, l'enfant est venue *toute noire*, à la naissance, néanmoins elle aurait crié de suite. (Frictions). Accès de cris nuit et jour pendant les premières semaines.

L'enfant a éte nourrie simultanément au sein et au biberon (lait de vache). Première dent à six mois. — A quatre mois, on la mettait déjà sur le vase. — Elle a commencé à causer à un an, à marcher à quatorze mois. — Pas de convulsions.

A six ans, M... fréquente l'école; elle y aurait été heureuse sauf dans la dernière année où elle ne pouvait s'entendre avec sa maîtresse de classe. Elle y aurait travaillé en général avec succès et a eu son certificat d'études à douze ans.

Avant la première crise (février 1898) qui a duré deux à trois heures, la malade semble avoir eu une *contracture* des membres inférieurs, elle avait les pieds tournés en dedans. Cette contracture a été attribuée à une longue course à Paris, avec un grand refroidissement (?). A la suite de quelques exercices de marche, cette contracture a disparu. C'est alors qu'est apparue une *sensation de boule* venant de l'estomac et s'arrêtant dans la gorge. Ces crises avec boule revenaient tous les jours pendant une heure.

Vers le mois de mai 1898, les crises avec boule ont été remplacées par des *crises complètes*. Elles étaient annoncées par une envie de partir, d'aller chez une voisine, dans la rue. Sa mère le lui défendant, elle tombait. Pas de cri, chute subite, rigidité générale, poings fermés, pouces en dedans; pas de grands mouvements, pas d'arc de cercle, mais perte d'urine et écume abondante.

La malade revenait à elle en poussant des cris et en souffrant du cœur. La première crise dura deux heures. Les grandes crises se sont reproduites tous les jours jusqu'à quatre par jour.

Durant les deux semaines ayant précédé son placement à la Salpêtrière (26 juillet 1898), elle aurait eu après ses crises des *attaques de folie*. Elle mangeait de l'herbe, se roulait par terre, dans le ruisseau, criait, refusait d'obéir aux ordres, essayait de battre sa mère, serrait et desserrait son corset sans motifs, cassait les car-

reaux. Deux fois elle est montée sur le barreau de la fenêtre du premier étage comme si elle voulait se jeter dans la rue. Les crises de folie duraient deux ou trois heures. Pas d'onanisme.

A la Salpêtrière où elle reste jusqu'au 28 novembre, elle a eu deux crises en juillet et 5 en août (lettre de M. J. Voisin).

Les parents la reprennent alors chez eux. Bientôt la malade accuse une douleur sourde dans les jambes suivie au bout de cinq à six jours, de *vertiges*.

En somme après des phénomènes prémonitoires surviennent des accès d'épilepsie qui durent six mois. Trois mois d'accalmie. Enfin, retour des accidents épileptiques qui motivent l'entrée dans le service.

*État actuel.* — Tête petite, arrondie, cheveux châtains, pas d'anomalie d'implantation. Front bas. Face allongée. Joues symétriques. Nez droit. Vue normale, pas de dyschromatopsie. Lèvres moyennes. Langue mobile. Amygdales grosses. L'enfant respire par la bouche sans que l'examen de la gorge explique ce fait. Maxillaires normaux. Dentition régulière. — *Oreilles.* Pavillon grand, écarté de la tête. Physionomie douce, intelligente. Attitude bonne.

*Cou.* — Corps thyroïde perceptible à la palpation.

*Thorax* symétrique et viscères normaux. — *Abdomen* régulier. *Foie* dépassant les fausses côtes d'un doigt.

*Puberté.* — Seins, 16 centimètres de haut sur 18 de large, symétriques. Aisselles glabres. Pénil à peine garni de quelques poils Grandes lèvres épaisses. Petites lèvres normales. Clitoris bien développé. Hymen, orifice circulaire laissant pénétrer le petit doigt. Région anale naturelle. La malade n'est pas réglée. Pas d'onanisme.

Mich... parle, comprend et répond bien, marche lentement, parait absorbée, court bien, mais est assez vite essoufflée à cause de son embonpoint qui est assez prononcé. Appétit bon, sans trouble de la digestion. Elle s'endort assez lentement, semble parfois en proie à des *cauchemars* ; s'agite et parle quelquefois tout haut la nuit.

Elle est d'une propreté irréprochable, allant même jusqu'à une certaine coquetterie. Caractère calme, n'aime pas les jeux bruyants ; s'emporte néanmoins assez facilement, quand on la contredit. Elle aime bien ses compagnes et joue volontiers avec elles. Elle dit s'ennuyer beaucoup, parle souvent de ses parents. Elle n'a jamais pleuré. Parfois accès de petits rires, courts et « nerveux ».

Elle ne souffre de la tête qu'après ses vertiges, la céphalalgie dure peu. Pas de phénomènes vasomoteurs appréciables à la face. Le *sensibilités* générale et spéciale sont physiologiques. Les sentiments affectifs sont développés.

*Tics.* — Quand elle est inactive, elle compte successivement tous

les doigts de la main droite avec une vivacité extraordinaire et sans s'en apercevoir.

Très attentive, fait des réflexions sur tout ce qu'elle voit, prend un plaisir extrême à la musique. — Lit facilement, très vite, semble avoir hâte de terminer sa lecture. Elle écrit régulièrement et rapidement. En géographie, histoire, calcul, force moyenne, elle possède d'ailleurs son *certificat d'études*. Néanmoins, elle se plaint d'un affaiblissement de la mémoire depuis qu'elle a ses vertiges. Tel est l'état de la malade au moment et dans les premiers temps de son entrée à la Fondation Vallée.

*Température à l'entrée.*

| DATE | | MATIN | SOIR |
|---|---|---|---|
| 7 janvier . . . . . | 1er jour. | » | 37° 2 |
| 8 — . . . . . | 2e — | 37° | 37° 4 |
| 9 — . . . . . | 3e — | 37° 2 | 37° |
| 10 — . . . . . | 4e — | 37° | 37° |
| 11 — . . . . . | 5e — | 37° 2 | 37° 4 |

*Février.* — Quand l'enfant nous a été amenée par sa mère, elle n'avait pas d'accès d'épilepsie complets, mais des vertiges extrêmement fréquents survenant toutes les dix minutes, ou tous les quarts d'heure.

Le traitement suivant fut institué le 25 janvier 1899. Capsules de bromure de camphre administrées successivement au nombre de : 2, 4, 6, 8 puis de 6, 4, 2. Elixir poly-bromuré : 2 gr. Huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer, hydrothérapie. Le traitement est poursuivi jusqu'au moment de la sortie de l'enfant, c'est-à-dire juillet 1900.

*Février.* — La physionomie devient anxieuse sous l'influence des *vertiges*, qui l'assaillent constamment, à intervalle d'environ dix minutes. Chaque *vertige* dure une minute. Les yeux se convulsent et sont animés de mouvements saccadés, ils se portent en haut et un peu en dedans; la tête s'incline sur l'épaule gauche et se met en extension forcée. Simultanément le membre supérieur droit est le siège de mouvements rythmés très lents. Le visage pâlit pendant tous les vertiges et rougit quand elle revient à elle. Alors elle sourit « comme si elle revenait d'un beau rêve », nous dit-on.

18 *Avril.* — *Accès.* Rien de particulier dans son attitude ni dans

son caractère avant de tomber. Elle paraissait calme. Immédiatement avant la chute, étant à l'école, elle dit à sa voisine : « Je n'y vois plus bien clair. » Aussitôt sa tête s'est rejetée en arrière, elle est tombée sur sa voisine de droite. La figure s'est congestionnée, les paupières ont battu vivement, ses yeux se sont dirigés en haut, ses mâchoires se sont contractées. Les membres rigides ont été pris de fortes secousses. Après cette première période qui a duré environ une minute, le corps est devenu flasque, la malade a ronflé et à chaque ronflement elle envoyait un jet de bave (non sanguinolente). Elle a uriné sous elle et s'est endormie pendant quelques minutes. On l'a montée au dortoir pour la changer. C'est alors seulement qu'elle est revenue tout à fait à elle. Elle était tout étonnée d'être au dortoir : « Pourquoi m'avez-vous fait monter ici ? » Elle ne se souvenait de rien. *Température* au moment du ronflement, 37°, 6 ; un quart d'heure après 37°, 8 ; deux heures après, 37°, 3. C'est le seul accès constaté jusqu'à la sortie.

Dans ce cas, de même que dans le précédent, nous constatons une *élévation de la température* sous l'influence de l'accès. Cette élévation est bien mise en relief par le tableau de la température durant les cinq premiers jours de l'admission.

*Juin.* — Les vertiges diminuent. De Mich... a assez de goût pour les travaux scolaires. Elle n'est maladroite ni pour la couture, ni pour le repassage, toutefois il faut la stimuler. Elle met de la bonne volonté à la gymnastique, mais n'est pas très agile dans ses mouvements à cause de son embonpoint. Très affectueuse envers ses compagnes, un peu turbulente ; la moindre observation l'ennuie et la surexcite et elle accueille les remontrances avec un sourire moqueur. Même traitement.

*Puberté.* — Quelques poils rares sous les aisselles. Seins symétriques, 18 centimètres de haut sur 20. Poils bruns, assez longs, peu nombreux sur le pénil. Grandes lèvres épaisses. Petites lèvres normales. Clitoris assez développé. Même état de l'hymen et de la région anale.

*Décembre.* — Elle a eu trois vertiges le jour où elle a appris la mort de son père.

1900. *Janvier.* — *Puberté.* Même état des aisselles. Seins, 25 sur 18 à droite, 24 sur 18 à gauche. Mamelons peu saillants. Aréoles bien dessinées. Poils plus abondants et plus longs sur le pénil. Pas d'autres changements. Les *règles* ont paru, pour la première fois, du 12 au 19 juillet, puis du 13 au 18 août. Elles ont été suspendues en septembre et ont reparu du 8 au 14 octobre, du 2 au 9 novembre, du 2 au 8 décembre.

De Mich..., *dont les vertiges sont devenus de plus en plus rares*, s'est améliorée sous tous les rapports. Elle travaille bien à l'école, fait parfois la classe à des compagnes moins avancées. Elle est plus calme, moins irritable, plus prévenante et plus serviable. Elle se montre habile et courageuse à l'ouvoir. Elle apporte à la gymnastique beaucoup de bonne volonté. Même traitement sauf que les capsules de bromure de camphre ne seront données que de 2 à 6.

*Juin.* — L'amélioration a continué, M... n'a eu ni accès, ni vertige, depuis le 1er janvier.

*Poids de la taille.*

| | 1899 | | 1900 | |
|---|---|---|---|---|
| | Janvier. | Juillet. | Janvier. | Juillet. |
| Poids . . . . . | 51 kg | 52 kg 500 | 52 kg | 51 kg 500 |
| Taille . . . . . | 1 m 48 | 1 m 50 | 1 m 51 | 1 m 52 |

*Mesures de la tête.*

| | 1899 | | 1900 | |
|---|---|---|---|---|
| | Janvier | Juillet | Janvier | Juillet |
| Circonférence horizontale maxima. . | 54 | 54 | 55 | 55 |
| Demi-conférence bi-auriculaire . . . | 37 | 39 | 39 | 39 |
| Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez . . . | 40 | 41 | 41 | 41 |
| Diamètre antéro-postérieur maximum | 17,6 | 17,6 | 17,6 | 17,9 |
| — bi-auriculaire — . | 13,5 | 13,8 | 13,8 | 13,8 |
| — bi-pariétal — . | 15 | 15 | 15 | 15 |
| — bi-temporal — . | 12,8 | 12,9 | 12,9 | 12,9 |
| Hauteur médiane du front . . . . . | 5,5 | 5,5 | 5,5 | 5,5 |

Les vertiges ont subi en 1899 et jusqu'en juillet 1900, sous l'in-

fluence du traitement par le *bromure de camphre*, la décroissance suivante :

| | 1899 | 1900 |
|---|---|---|
| Janvier | 345 | « |
| Février | 280 | « |
| Mars | 168 | « |
| Avril | 150 | « |
| Mai | 60 | « |
| Juin | 17 | « |
| Juillet-Novembre | 0 | « |
| Décembre | 3 | « |

24 *juillet*. — L'enfant part en congé d'essai.

23 *octobre*. — Sa mère nous assure qu'elle n'a eu aucun vertige depuis qu'elle est retournée chez elle. Elle l'aide à servir les clients. Elle est toujours très susceptible, se met facilement en colère, mais se reprend vite. Ses règles, de moyenne abondance, s'accompagnent de douleurs lombaires. Pas de leucorrhée.

1901. 26 *février* — La mère nous amène l'enfant pour constater son bon état actuel, et nous dire que la guérison de ses vertiges s'est maintenue depuis la sortie de la Fondation.

Elle nous assure de nouveau qu'avant l'admission à la Salpêtrière, elle n'avait pas de vertiges, mais des accès au nombre de trois ou quatre par jour ; que, avant le placement, elle avait des accès et des vertiges.

1902. Pendant que l'observation était à l'impression, nous avons revu notre ancienne malade. Poids : 59 kil. ; taille 1 m. 53 La mère. nous affirme qu'elle n'a pas eu un seul vertige, que son caractère et sa conduite ne laissent rien à désirer ; qu'elle n'a pas d'impulsions génitales et travaille bien. Sa santé physique est excellente.

*Puberté :* poils bruns sous les aisselles formant, à gauche une bande de 5 centimètres sur 2 et à droite, de 6 centimètres sur 2 et demi. Seins très développés, 27 transversalement à gauche, et 25 à droite ; verticalement à gauche, 19 ; à droite, 18 et demi. Aréoles larges, mamelons saillants, 7 millimètres de diamètre. Poils noirs abondants sur tout le pénil dans une largeur de 9 centimètres et dans une hauteur de 7 centimètres ; assez abondants aussi sur le bord des grandes lèvres. Rien dans les aines. Les règles sont indolores avec un retard d'un ou deux jours ; écoulement moyen, pas de leucorrhée.

Réflexions.— I. Les premiers accidents semblaient se rapprocher de l'hystérie ; mais la description d'un accès et de *vertiges* auxquels nous avons assisté ne laissent aucun doute sur leur nature comitiale.

II. L'action du *bromure de camphre* s'est fait sentir bien plus rapidement que chez la malade de la première observation. La guérison s'est maintenue puisque de juillet 1900 au commencement de 1902, il n'est survenu ni accès, ni vertiges.

OBSERVATION III. — IMBÉCILLITÉ ET ÉPILEPSIE SYMPTOMATIQUE.

SOMMAIRE. — *Père, enfant naturel, aucun accident syphilitique. — Céphalalgies après la naissance du malade. — Grand'mère paternelle nerveuse, sujette à de violentes colères et à des crises épileptiformes* (?). — *Oncle paternel épileptique. — Un petit cousin, déserteur on ne sait pourquoi, à été condamné à la prison* (belge). — *Mère, ouvrière dans une manufacture de tabac, convulsions de l'enfance, violente, a voulu tuer son mari, dont elle s'est séparée après huit ans de mariage. — Deux tantes maternelles déséquilibrées. — Une sœur et un frère morts de convulsions.*

*Consanguinité* (cousins germains). — *Inégalité d'âge de quatre ans.*

*Grossesse : vomissements. Rien de particulier à l'accouchement et à la naissance. — Première dent à six mois. — Début de la parole et de la marche à dix mois. — Convulsions internes à sept mois. — A huit ans et demi, chute dans l'eau. — A neuf ans, enfermé, pendant dix minutes, dans une salle de discipline pour avoir jeté des pierres contre un factionnaire : affolement à la sortie. — Premiers accidents épileptiques deux semaines après cette émotion. — Vertiges de plus en plus fréquents, jusqu'à cinquante* (?) *par jour avant l'entrée. — Renvoi des écoles. — Placements multiples en apprentissage. — Accès et vertiges.*

1894. *Elixir polybromuré (de 2 à 4 gr.) et bromure de camphre de 2 à 6 puis 8) ; hydrothérapie, etc. — Guérison* (?).

Henne... (F. P.), né à Lille, le 8 septembre 1883, est entré à Bicêtre, le 5 octobre 1893.

1893. 6 *octobre. — Description d'un vertige.* — L'enfant est debout. Subitement, sans cri, la tête et le tronc sont jetés en avant et si l'on n'était pas intervenu aussitôt, il se serait contusionné la face sur la table. On le maintient debout en le soutenant sous les bras, sans cela il s'affaisserait. La tête, dans l'extension, est penchée sur l'épaule droite. La face et les yeux sont dirigée en haut et à gauche. Paupières ouvertes. Bouche secouée à gauche. Quelques secousses du bras correspondant. Les joues deviennent rouges. Au bout d'environ deux minutes, l'enfant qui, jusque là, était resté penché en avant, se redresse, regarde tout étonné, pâlit, et revient à lui sans se rendre compte qu'il a été malade. Il appelle ces vertiges des *accès debout.*

1895. 6 *avril.* — *Description d'un accès.* H... tombe violemment à la renverse. Corps rigide, en extension. Face congestionnée, plutôt violacée que rouge. Mains fermées, les pouces en dedans. Secousses cloniques des membres. Ni stertor, ni bave, ni miction. Au bout d'une minute il revient tout à fait à lui. — Parfois, il tombe en avant (cicatrices du menton).

24 *juin.* — *Autre accès.* Sans avertissement, sans cri, il tombe en arrière. Nous le voyons alors qu'il a des mouvements cloniques des paupières (les yeux sont portés directement en haut) et des bras qui se rapprochent et s'éloignent successivement de la ligne médiane et des membres inférieurs. Ni ronflement, ni bave, ni évacuation involontaire. Durée une minute. Il se relève, ramasse et remet sa ceinture.

On assure qu'au réfectoire, s'il a un *vertige*, il continue à manger comme s'il n'avait rien du tout. (C'est le cas d'un autre malade, Siga...).

1896. *Juin.* Parallèlement à la diminution des vertiges, les maîtres constatent que la mémoire devient meilleure.

1897. *Avril.* Accès : Avant de tomber en arrière, H... tourne plusieurs fois sur lui-même comme une toupie. Un peu de bave. Soubresauts à la fin. T. R. 37°,2, un quart d'heure après, T. R. 37°,5, deux heures après, 37°,4. Dans un accès de 1901, on a noté : T. R. 37°,5, 37°,7 et 37°,2.

1902. *Janvier.* Envoyé en congé. — Sa mère nous a écrit depuis qu'il n'avait eu ni accès, ni vertiges.

*Marche des accidents épileptiques.*

| | Accès. | Vertiges. | | Accès. | Vertiges. |
|---|---|---|---|---|---|
| 1894... | 57 | 750 | 1898... | 1 | 15 |
| 1895... | 31 | 993 | 1899... | 8 | 3 |
| 1896... | 2 | 153 | 1900... | 10 | 9 |
| 1897... | 16 | 296 | 1901... | 9 | 1 |

Les vertiges persistant à être nombreux en 1894 et 1895, à notre grande surprise, nous avons examiné et fait examiner par le pharmacien de l'hôpital et par M. le professeur Bourgoin, directeur de la pharmacie centrale, les capsules de bromure de camphre. Il a été constaté qu'elles avaient une enveloppe très épaisse, qu'elles devaient se fondre difficilement. Elles ont été remplacées par d'autres, bien préparées, et à partir de leur administration nous avons vu les vertiges diminuer puis disparaître.

Nous possédons bien d'autres observations d'*épilepsie ver-*

*tigineuse* où l'efficacité du bromure de camphre a été remarquable. Les trois qui précèdent nous semblent suffisamment démonstratives pour ne laisser aucun doute. Elles corroborent tout ce que nos élèves et nous avons dit dans des publications antérieures. Ainsi que le montrent nos observations, le traitement doit être longtemps prolongé, ce n'est qu'à cette condition qu'un peut attendre un heureux résultat.

**Réflexions sur la puberté à propos des deux premières observations,** par BOURNEVILLE.

Nous avons noté tous les six mois, à peu près régulièrement l'évolution de la puberté chez Rachel D... de 1895 à 1901. Au début, les aisselles et le pénil étaient glabres, les grandes et les petites lèvres peu développées. Seuls les seins indiquaient une transformation prochaine.

En 1896, le pénil se garnit de poils alors que les aisselles n'en offrent qu'un petit nombre. Les grandes et les petites lèvres surtout grossissent, les seins doublent presque de volume et les règles apparaissent.

Tandis que les poils du pénil s'étendent, s'allongent sur tout le pénil, envahissent la face externe des grandes lèvres, surtout en haut, ceux des aisselles n'augmentent que lentement en abondance et en longueur.

Les seins qui avaient en 1895, 7 centimètres de large sur 6 cent. 5 de haut, mesuraient en 1902, 21 cent. sur 17.

Les aréoles et les mamelons s'accusent progressivement. Les grandes lèvres deviennent peu à peu plus volumineuses et leur face interne se pigmente.

Les *règles* ont toujours été régulières et se sont établies sans douleur.

Parallèlement, de 1895 à 1900, la *taille* s'est élevée de 1 mètre 44 à 1 mètre 58 et le *poids* a monté de 30 kilogrammes à 49.

Chez la seconde malade, nous voyons une évolution à peu près semblable : la puberté commence par le développement des seins, puis par l'apparition du système pileux du pénil et enfin dans les aisselles. L'établissement des règles s'est annoncé par une poussée du côté des seins[1].

[1] Le lecteur trouvera de nombreuses descriptions de la puberté chez les garçons et les filles dans nos *Comptes rendus* du service des enfants de Bicêtre.

# PHYSIOLOGIE.

## Contribution à l'étude de l'action physiologique de la valériane et des valérianates ;

Par Ch. FÉRÉ, médecin de Bicêtre.

Les médicaments sont souvent soumis aux caprices de la fortune. C'est que les maladies ne se présentent pas toujours sous les mêmes formes; c'est que les malades ont leur individualité : les réactions ne peuvent être que variables, tant qu'on n'a pas affaire à un agent spécifique. Après avoir paru efficace dans un grand nombre de circonstances, le même médicament peut paraître tout à fait inutile. De son inutilité, dans un grand nombre cas, on conclut facilement à son inertie.

La valériane a été vantée comme un remède à une infinité d'états morbides; mais le grand nombre de ses échecs a conduit au scepticisme, et on en est venu à la considérer comme n'agissant pas autrement que par la suggestion. 30 grammes de poudre de valériane n'ayant fait éprouver à Trousseau qu'un peu de céphalalgie, d'incertitude, de troubles de l'ouïe, de la vue et de la motilité, on en conclut [1] que son action physiologique est presque nulle.

Cependant, les expériences de Grisar [2] avaient montré que l'essence de valériane diminue les réflexes, déprime en général les fonctions du système nerveaux, produit de la somnolence, de la paralysie. Elle peut simuler l'action convulsivante de la strychnine, de la brucine et du carbonate d'ammoniaque. Boek [3] à vu de plus qu'elle ralentit les mou-

[1] E. Villejean. Art. *Valériane. Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, t. XXXVIII, 1885, p. 220.

[2] Grisar. *Experimentelle Beiträge zur Pharmakodynamik der æthe rischen Oele.* Inaug. Diss, Bonn, 1873.

[3] Boek. *Experimente über die Wirkungsweise der Radix Valerianæ.* Inaug. Diss. Göttingen, 1874.

vements de la respiration et du cœur, qui, après la cessation des mouvements respiratoires, s'arrête en diastole. Hélène Sikorska [1] constate aussi que l'extrait de valériane, suivant les doses, produit de la fatigue, de l'apathie, de la parésie et de la paralysie, ou même la mort avec dyspnée et arrêt consécutif du cœur.

Barrallier [2] avait d'ailleurs reconnu à l'huile essentielle, la propriété d'amener, chez l'homme normal, la paresse intellectuelle, l'assoupissement et le sommeil.

Un fait particulièrement intéressant a été observé par A. Mayor [3], c'est l'augmentation préalable des réflexes chez la grenouille. Ce fait indique que les phénomènes de dépression sont précédés d'une exagération de l'excitabilité.

Nous allons voir, en effet, que, comme les anesthésiques, les narcotiques [4], et les analgésiques [5], en général, la valériane a une action excitante préalable.

On peut s'en rendre compte, en étudiant son influence sur le travail avec l'ergographe de Mosso. Comme dans les expériences antérieures, on (l'auteur) travaille par séries de 4 ergogrammes; des repos de cinq minutes, séparant les séries, et des repos d'une minute séparant les ergogrammes de chaque série : le médius droit soulève chaque seconde un poids de 3 kilogrammes. Rappelons qu'en général, à l'état normal, une première série faite après repos complet donne un travail de 22 à 23 kilogrammètres et que 9 séries succesives donnent un travail total de 143 à 150 kilogrammètres, la dernière série donnant de 40 à 50 p. 100 du travail de la première [6]. Une seule expérience chaque jour à la même heure.

[1] Hélène Sikorska. *Étude pharmacodynamique des principales préparations de Valériane*. Thèse Genève, 1899.

[2] A. Barrallier. *Des effets physiologiques et des effets thérapeutiques de l'huile essentielle de valériane* (*Bulletin gén. de thérapeutique*, 1860, LIX, p. 241).

[3] Sikorska. *Loc. cit.*, p. 5.

[4] Ch. Féré, *Note sur l'influence de l'opium sur le travail* (Cf. *Soc. de Biologie*, 1901. p. 725]. — *Note sur l'influence du haschisch sur le travail. Ibid.*, p. 696). — *Les poisons nerveux* (*L'année psychologique*, 1902).

[5] Ch. Féré. *Note sur l'action excitante de l'antipyrine* (*Journal de Neurologie*, 1901. p. 631).

[6] Ch. Féré. *L'influence de l'alcool et du tabac sur le travail* (*Arch. de Neurologie*, 1901, 2e série, t. XII, p. 372).

**Expérience I. — Cinq minutes avant le travail, on prend une pilule fraîche de 0 gr. 25 d'extrait de valériane [1].**

| Hauteur totale (en mètres) | Nombre de soulèvements | Travail en kilogrammètres | Hauteur moyenne (en centimètres) | Rapport du travail au travail normal |
|---|---|---|---|---|
| | | *1re série* | | |
| 3,13 | 60 | 9,39 | 5,21 | |
| 1,63 | 32 | 4,89 | 5,09 | |
| 1,40 | 28 | 4,20 | 5,00 | |
| 1,28 | 20 | 3,84 | 4,92 | |
| | | 22,32 | | 100 |
| | | *2e série.* | | |
| 3,65 | 68 | 10,95 | 5,37 | |
| 2,41 | 45 | 7,23 | 5,35 | |
| 2,59 | 51 | 7,77 | 5,07 | |
| 2,13 | 41 | 6,39 | 5,19 | |
| | | 32,34 | | 144,89 |
| | | *3e série* | | |
| 4,21 | 81 | 12,63 | 5,19 | |
| 1,70 | 32 | 5,10 | 5,31 | |
| 1,17 | 23 | 3,51 | 5,08 | |
| 0,57 | 12 | 1,71 | 4,75 | |
| | | 22,95 | | 102,82 |
| | | *4e série.* | | |
| 1,34 | 25 | 4,02 | 5,36 | |
| 1,07 | 20 | 3,21 | 5,35 | |
| 0,74 | 14 | 2,22 | 5,28 | |
| 0,57 | 11 | 1,71 | 5,18 | |
| | | 11,16 | | 50,00 |
| | | *5e série.* | | |
| 0,89 | 17 | 2,67 | 5,23 | |
| 0,73 | 16 | 2,19 | 4,56 | |
| 0,57 | 13 | 1,71 | 4,38 | |
| 0,42 | 9 | 1,26 | 4,66 | |
| | | 7,83 | | 35,08 |

[1] Les troës ont été montrés à la société de Biologie (14 décembre 1901.)

6e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,61 | 13 | 1,83 | 4,69 | |
| 0,40 | 10 | 1,20 | 4,00 | |
| 0,31 | 8 | 0,93 | 3,87 | |
| 0,32 | 8 | 0,96 | 4,00 | |
| | | 4,92 | | 22,03 |

7e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,39 | 9 | 1,17 | 4,33 | |
| 0,31 | 0 | 0,93 | 3,87 | |
| 0,30 | 7 | 0,90 | 4,28 | |
| 0,28 | 6 | 0,84 | 4,66 | |
| | | 3,84 | | 17,20 |

8e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,42 | 9 | 1,26 | 4,66 | |
| 0,26 | 6 | 0,78 | 4,33 | |
| 0,27 | 6 | 0,81 | 4,50 | |
| 7,19 | 6 | 0,57 | 3,16 | |
| | | 3,42 | | 15,32 |

9e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,35 | 8 | 1,05 | 4,37 | |
| 0,24 | 6 | 0,72 | 4,00 | |
| 0,20 | 5 | 0,60 | 4,80 | |
| 0,13 | 4 | 0,39 | 3,25 | |
| | | 2,76 | | 12,36 |

Travail total : 111,54.

Immédiatement après la 9e série, c'est-à-dire cinq minutes avant la 10e, on prend une autre pilule de 0 gr. 25 d'extrait de valériane.

10e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 4,25 | 90 | 12,75 | 4,72 | |
| 0,99 | 20 | 2,97 | 4,95 | |
| 0,38 | 9 | 1,14 | 4,22 | |
| 0,28 | 7 | 0,84 | 4,00 | |
| | | 17,70 | | 79,30 |

*11e série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,26 | 7 | 0,78 | 3,71 | |
| 0,20 | 6 | 0,60 | 3,33 | |
| 0,19 | 5 | 0,57 | 3,80 | |
| 0,19 | 5 | 0,57 | 3,80 | |
| | | 2,52 | | 11,24 |

La première série a donné un travail qu'on peut considérer comme normal, c'est-à-dire que l'effet excitant de l'extrait de valériane à cette dose de 0 gr. 25 n'est pas immédiat; il s'est manifesté à la deuxième série qui donne une augmentation importante du travail. L'excitation persiste encore au commencement de la troisième série dont le premier ergogramme est plus considérable que les précédents : puis elle tombe rapidement. Les neuf premières séries ne donnent qu'un travail total de 111,54, c'est-à-dire très inférieur a la normale, et le travail de la dernière n'est que 12,36 p. 100 du travail normal, au lieu de 40 à 50. C'est la constatation de l'excitation préalable et de la fatigue rapide. Une nouvelle dose provoque une excitation à la fois plus rapide et plus intense, comme on le voit par le premier ergogramme de la dixième série; mais la fatigue se précipite.

Expérience II. — Cinq minutes avant le travail, on prend 0 gr. 50 d'extrait de valériane.

| Hauteur totale | Nombre de soulèvements | Travail en kilogrammètres | Hauteur moyenne | Rapport du travail au travail normal = 22,53 |
|---|---|---|---|---|
| | | *1re série.* | | |
| 3,12 | 68 | 9,36 | 4,58 | |
| 1,75 | 39 | 5,25 | 4,48 | |
| 2,32 | 49 | 6,96 | 4,76 | |
| 2,26 | 50 | 6,78 | 4,52 | |
| | | 28,35 | | 125,83 |
| | | *2e série.* | | |
| 3,78 | 85 | 11,34 | 4,44 | |
| 2,37 | 56 | 7,11 | 4,05 | |
| 2,12 | 50 | 6,36 | 4,24 | |
| 2,06 | 48 | 6,18 | 4,47 | |
| | | 30,99 | | 132,66 |

3e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 3,97 | 89 | 11,91 | 4,68 | |
| 2,29 | 52 | 6,87 | 4,40 | |
| 2,20 | 52 | 6,60 | 4,23 | |
| 2,30 | 57 | 6,90 | 4,03 | |
| | | 32,28 | | 143,27 |

4e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2,52 | 58 | 7,56 | 4,34 | |
| 1,06 | 25 | 3,18 | 4,24 | |
| 0,65 | 17 | 1,95 | 3,82 | |
| 0,56 | 14 | 1,68 | 4,00 | |
| | | 14,37 | | 63,78 |

5e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1,40 | 31 | 4,20 | 4,51 | |
| 0,65 | 15 | 1,95 | 4,33 | |
| 0,40 | 10 | 1,20 | 4,00 | |
| 0,40 | 9 | 1,20 | 4,44 | |
| | | 8,55 | | 37,94 |

6e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,58 | 14 | 1,74 | 4,14 | |
| 0.32 | 8 | 0,96 | 4,00 | |
| 0,28 | 7 | 0,84 | 4,00 | |
| 0,28 | 7 | 0,84 | 4,00 | |
| | | 4,38 | | 19,44 |

7e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,48 | 12 | 1,44 | 4,00 | |
| 0,32 | 8 | 0,96 | 4,00 | |
| 0,18 | 5 | 0,54 | 3,60 | |
| 0,11 | 4 | 0,33 | 2,75 | |
| | | 3,27 | | 14,51 |

8e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,44 | 10 | 1,32 | 4,40 | |
| 0,20 | 5 | 0,60 | 4,00 | |
| 0,20 | 6 | 0,60 | 3,33 | |
| 0,13 | 4 | 0,39 | 3,25 | |
| | | 2,91 | | 12,91 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 9e *série* | | |
| 0.32 | 8 | 0,96 | 4,00 | |
| 0,21 | 6 | 0,63 | 3.50 | |
| 0,17 | 5 | 6,51 | 3,40 | |
| 0,12 | 4 | 0,36 | 3,00 | |
| | | 2,46 | | 10,91 |

Travail total : 114,56.

Dans cette expérience, nous voyons que l'élévation de la dose a précipité l'excitation qui apparaît, dès le troisième ergogramme de la première série, et se prolonge beaucoup plus longtemps, pour aboutir à une dépression un peu plus intense que dans la première expérience.

Expérience III. — Cinq minutes avant le travail, on prend 0 gr. 75 d'extrait de valériane.

| Hauteur totale | Nombre de soulèvements | Travail en kilogrammètres | Hauteur moyenne | Rapport du travail au travail normal = 22,53 |
|---|---|---|---|---|
| | | 1re *série.* | | |
| 3,20 | 67 | 9,60 | 4,76 | |
| 1,71 | 36 | 5,13 | 4,75 | |
| 1,40 | 31 | 4,20 | 4,51 | |
| 1,95 | 40 | 5,85 | 4,87 | |
| | | 24,78 | | 109,98 |
| | | 2e *série.* | | |
| 4,62 | 111 | 13,86 | 4,16 | |
| 2,07 | 47 | 6,31 | 4,40 | |
| 2,04 | 46 | 6,12 | 4,43 | |
| 2,03 | 46 | 6,09 | 4,41 | |
| | | 32,28 | | 143,27 |
| | | 3e *série.* | | |
| 5,40 | 118 | 16,20 | 4,57 | |
| 2.70 | 60 | 8,10 | 4,50 | |
| 2,33 | 55 | 6,99 | 4,23 | |
| 2,27 | 54 | 6,81 | 4,20 | |
| | | 38,10 | | 169,10 |

*4e série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 4,36 | 103 | 13,08 | 4,23 | |
| 2,13 | 52 | 6,39 | 4,09 | |
| 2,05 | 45 | 6,15 | 4,55 | |
| 1,30 | 31 | 3,90 | 4,19 | |
| | | 29,52 | | 131,02 |

*5e série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 4,14 | 92 | 12,42 | 4,50 | |
| 2,43 | 57 | 7,29 | 4,25 | |
| 2,15 | 48 | 6,45 | 4,47 | |
| 1,75 | 39 | 5,25 | 4,48 | |
| | | 31,41 | | 139,41 |

*6e série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 4,22 | 93 | 12,66 | 4,53 | |
| 2,00 | 45 | 6,00 | 4,44 | |
| 1,78 | 39 | 5,34 | 4,56 | |
| 1,39 | 31 | 4,17 | 4,48 | |
| | | 28,17 | | 125,03 |

*7e série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1,39 | 28 | 4,17 | 4,96 | |
| 0,37 | 9 | 1,11 | 4,11 | |
| 0,28 | 7 | 0,84 | 4,00 | |
| 0,24 | 6 | 0,72 | 4,00 | |
| | | 6,84 | | 30,35 |

*8e série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,53 | 12 | 1,59 | 4,41 | |
| 0,30 | 7 | 0,90 | 4,28 | |
| 0,24 | 6 | 0,72 | 4,00 | |
| 0,18 | 6 | 0,54 | 3,00 | |
| | | 3,75 | | 16,64 |

*9e série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,42 | 10 | 1,26 | 4,20 | |
| 0,20 | 5 | 0,60 | 4,00 | |
| 0,16 | 4 | 0,48 | 4,00 | |
| 0,10 | 3 | 0,30 | 3,33 | |
| | | 2,64 | | 11,71 |

Travail total : 197,49

Immédiatement après la 9e série, on prend de nouveau 0 gr. 25 d'extrait de valériane.

10e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 3,13 | 75 | 9,39 | 4,17 | |
| 2,18 | 50 | 6,54 | 4,16 | |
| 1,07 | 23 | 3,21 | 4,65 | |
| 0,40 | 11 | 1,38 | 4,18 | |
| | | 20,52 | | 91,07 |

Dans cette expérience, l'excitation s'est manifestée un peu plus tard, seulement au quatrième ergogramme de la première série, mais elle a été beaucoup plus intense et plus durable, de sorte, que le travail total des neuf premières séries dépasse de beaucoup la normale. Cette expèrience isolée montrerait surtout l'effet excitant, n'était la dépression finale.

Expérience IV. — Cinq minutes avant le travail, 1 gramme d'extrait de valériane.

| Hauteur totale | Nombre de soulèvements | Travail en kilogrammètres | Hauteur moyenne | Rapport du travail au travail normal = 22,53 |
|---|---|---|---|---|
| | | 1re *série.* | | |
| 3,60 | 66 | 10,80 | 5,45 | |
| 2,25 | 43 | 6,75 | 5,23 | |
| 2,19 | 42 | 6,57 | 5,21 | |
| 1,78 | 35 | 5,34 | 5,04 | |
| | | 29,46 | | 130,75 |
| | | 2e *série.* | | |
| 4,08 | 82 | 12,24 | 4,97 | |
| 3,32 | 68 | 9,96 | 4,88 | |
| 2,23 | 44 | 6,69 | 5,06 | |
| 2,08 | 43 | 6,24 | 4,83 | |
| | | 35,13 | | 155,92 |
| | | 3e *série.* | | |
| 1,66 | 32 | 4,98 | 5,18 | |
| 0,49 | 10 | 1,47 | 4,90 | |
| 0,40 | 8 | 1,20 | 5,00 | |
| 0,26 | 6 | 0,78 | 4,33 | |
| | | 8,43 | | 37,41 |

*4e série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,74 | 15 | 2,22 | 4,93 | |
| 0,35 | 9 | 1,05 | 3,88 | |
| 0,23 | 6 | 0,69 | 3,83 | |
| 0,21 | 5 | 0,63 | 4,20 | |
| | | 4,59 | | 20,37 |

*5e série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,40 | 9 | 1,20 | 4,44 | |
| 0,29 | 7 | 0,87 | 4,14 | |
| 0,18 | 5 | 0,54 | 3,60 | |
| 0,20 | 5 | 0,60 | 4,00 | |
| | | 3,21 | | 14,24 |

*6e série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,40 | 9 | 1,20 | 4,44 | |
| 0,26 | 7 | 0,78 | 3,71 | |
| 0,20 | 5 | 0,60 | 4,00 | |
| 0,13 | 4 | 0,39 | 3,25 | |
| | | 2,97 | | 13,18 |

*7e série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,31 | 8 | 0,93 | 3,87 | |
| 0,18 | 5 | 0,54 | 3,60 | |
| 0,13 | 4 | 0,39 | 3,25 | |
| 0,10 | 3 | 0,30 | 3,33 | |
| | | 2,16 | | 9,58 |

*8e série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,26 | 6 | 0,78 | 4,33 | |
| 0,18 | 5 | 0,54 | 3,60 | |
| 0,17 | 4 | 0,51 | 4,25 | |
| 0,08 | 3 | 0,24 | 2,66 | |
| | | 2,07 | | 9,18 |

*9e série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,23 | 6 | 0,69 | 3,83 | |
| 0,15 | 4 | 0,45 | 3,75 | |
| 0,14 | 4 | 0,42 | 3,50 | |
| 0,09 | 3 | 0,27 | 3,00 | |
| | | 1,83 | | 8,12 |

Travail total : 89,85

Immédiatement après la 9e série, c'est-à-dire cinq minutes avant la 10e, on a repris 1 gramme d'extrait de valériane.

10e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 6,03 | 145 | 18,09 | 4,15 | |
| 3,35 | 78 | 10,05 | 4,29 | |
| 2,49 | 55 | 7,47 | 4,52 | |
| 0,83 | 18 | 2,49 | 4,61 | |
| | | 38,10 | | 169,10 |

La dose augmentant, nous voyons l'excitation se manifester dès le début du travail, augmenter encore pendant la deuxième série, puis décroître très rapidement, avec une grande diminution du travail total, qui tombe a 89,85. La reprise de la même dose au cours de la fatigue, provoque une excitation primitive plus grande, mais avec une chute rapide.

Dans l'expérience suivante, où la même dose a été donnée après une première série faite au cours d'une migraine, on retrouve encore l'augmentation de l'excitabilité dans la fatigue.

Expérience V. — *Migraine.*

| Hauteur totale | Nombre de soulèvements | Travail en kilogrammètres | Hauteur moyenne | Rapport du travail au travail normal = 22,53 |
|---|---|---|---|---|
| | | 1re *série.* | | |
| 2,69 | 51 | 8,07 | 5,27 | |
| 1,11 | 22 | 3,33 | 5,04 | |
| 0,83 | 17 | 2,49 | 4,88 | |
| 0,56 | 13 | 1,68 | 4,30 | |
| | | 15,57 | | 69,10 |

Immédiatement après la 1re série, c'est-à-dire cinq minutes avant la seconde, on prend 1 gramme d'extrait de valériane.

2e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 5,11 | 105 | 15,33 | 4,86 | |
| 2,65 | 56 | 7,95 | 4,73 | |
| 2,17 | 44 | 6,36 | 4,81 | |
| 2,05 | 44 | 6,15 | 4,65 | |
| | | 35,79 | | 158,85 |

3e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 5,85 | 123 | 17,55 | 4,75 | |
| 2,90 | 67 | 8,70 | 4,32 | |
| 1,50 | 36 | 4,50 | 5,00 | |
| 0,30 | 8 | 0,90 | 3,75 | |
| | | 31,65 | | 140,47 |

Expérience VI. — Immédiatement avant le début du travail, on prend 2 grammes d'extrait de valériane.

| Hauteur totale | Nombre de soulèvements | Travail en kilogrammètres | Hauteur moyenne | Rapport du travail au travail normal = 22,53 |
|---|---|---|---|---|
| | | 1re *série.* | | |
| 3,18 | 61 | 9,54 | 5,21 | |
| 2,32 | 46 | 6,96 | 5,04 | |
| 2,54 | 53 | 7,62 | 4,79 | |
| 2,64 | 57 | 7,92 | 4,63 | |
| | | 32,04 | | 142,21 |
| | | 2e *série.* | | |
| 4,21 | 88 | 12,63 | 4,78 | |
| 1,20 | 24 | 3,60 | 5,00 | |
| 0,47 | 10 | 1,41 | 4,70 | |
| 0,23 | 5 | 0,69 | 4,60 | |
| | | 18,33 | | 81,31 |
| | | 3e *série.* | | |
| 0,52 | 12 | 1,56 | 4,33 | |
| 0,38 | 9 | 1,14 | 4,22 | |
| 0,35 | 8 | 1,05 | 4,37 | |
| 0,31 | 7 | 0,93 | 4,42 | |
| | | 4,68 | | 20,77 |
| | | 4e *série.* | | |
| 0,53 | 11 | 1,59 | 4,81 | |
| 0,32 | 8 | 0,96 | 4,00 | |
| 0,29 | 7 | 0,87 | 4,14 | |
| 0,25 | 7 | 0,75 | 3,57 | |
| | | 4,17 | | 18,50 |

5e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,44 | 10 | 1,32 | 4,40 | |
| 0,35 | 9 | 1,05 | 3,88 | |
| 0,33 | 7 | 0,99 | 4,71 | |
| 0,26 | 7 | 0,78 | 3,71 | |
| | | 4,14 | | 18,37 |

6e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,43 | 10 | 1,29 | 4,30 | |
| 0,27 | 7 | 0,81 | 3,85 | |
| 0,27 | 7 | 0,81 | 3,85 | |
| 8,18 | 5 | 0,54 | 3,60 | |
| | | 3,45 | | 15,31 |

7e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,34 | 8 | 1,02 | 4,25 | |
| 0,26 | 7 | 0,78 | 3,71 | |
| 0,25 | 6 | 0,75 | 4,16 | |
| 0,21 | 6 | 0,63 | 3,50 | |
| | | 3,18 | | 14,02 |

8e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,37 | 8 | 1,11 | 4,62 | |
| 0,29 | 7 | 0,87 | 4,14 | |
| 0,24 | 6 | 0,72 | 4,00 | |
| 0,22 | 6 | 0,66 | 3,66 | |
| | | 3,36 | | 14,91 |

9e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,39 | 9 | 1,17 | 4,33 | |
| 0,22 | 6 | 0,66 | 3,66 | |
| 0,20 | 5 | 0,60 | 4,00 | |
| 0,12 | 4 | 0,36 | 3,00 | |
| | | 2,79 | | 12,38 |

Travail total : 76,14

Immédiatement avant la 10e série, 2 grammes d'extrait de valériane.

*10e série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 6,00 | 132 | 18,00 | 4,54 | |
| 1,30 | 20 | 3,90 | 5,00 | |
| 0,36 | 8 | 1,08 | 4,50 | |
| 0,25 | 6 | 0,75 | 4,16 | |
| | | 13,73 | | 105,32 |

*11e série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,33 | 7 | 0,99 | 4,71 | |
| 0,26 | 7 | 0,78 | 3,71 | |
| 0,21 | 5 | 0,63 | 4,20 | |
| 0,16 | 4 | 0,48 | 4,00 | |
| | | 2,88 | | 12,78 |

Le premier ergogramme de la première série est normal, mais l'excitation est manifeste dès le second, et les deux suivants augmentent malgré la loi de la fatigue ; mais dès le deuxième ergogramme de la deuxième série la dépression se manifeste et s'accentue encore plus vite que dans l'expérience précédente. A la seconde dose, l'excitation est encore plus rapide, mais aussi plus rapidement terminée.

Expérience VII. — Immédiatement avant le travail, 3 grammes d'extrait de valériane.

| Hauteur totale | Nombre de soulèvements | Travail en kilogrammètres | Hauteur moyenne | Rapport du travail au travail normal = 52,53 |
|---|---|---|---|---|
| | | *1re série.* | | |
| 1,45 | 27 | 4,35 | 5,37 | |
| 0,86 | 16 | 2,58 | 5,37 | |
| 0,75 | 15 | 2,25 | 5,00 | |
| 0,58 | 12 | 1,74 | 4,83 | |
| | | 10,92 | | 48,46 |
| | | *2e série.* | | |
| 1,30 | 25 | 3,90 | 5,20 | |
| 0,80 | 16 | 2,40 | 5,00 | |
| 0,71 | 14 | 2,13 | 5,07 | |
| 0,61 | 12 | 1,83 | 5,08 | |
| | | 10,25 | | 45,53 |

3e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,93 | 18 | 2,79 | 5,16 | |
| 0,84 | 16 | 2,52 | 5,25 | |
| 0,45 | 9 | 1,35 | 5,00 | |
| 0,36 | 8 | 1,08 | 4,50 | |
| | | 7,74 | | 34,35 |

4e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,83 | 16 | 2,49 | 5,18 | |
| 0,52 | 12 | 1,77 | 4,91 | |
| 0,33 | 8 | 6,99 | 4,12 | |
| 0,26 | 7 | 0,78 | 3,71 | |
| | | 6,03 | | 26,76 |

5e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,66 | 16 | 1,98 | 4,12 | |
| 0,52 | 12 | 1,56 | 4,33 | |
| 0,32 | 8 | 0,96 | 4,00 | |
| 0,32 | 7 | 0,96 | 4,57 | |
| | | 5,46 | | 23,23 |

6e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,56 | 12 | 1,68 | 4,66 | |
| 0,44 | 11 | 1,32 | 4,00 | |
| 0,38 | 9 | 1,14 | 4,22 | |
| 0,35 | 8 | 1,05 | 4,37 | |
| | | 5,19 | | 23,03 |

7e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,44 | 10 | 1,32 | 4,40 | |
| 0,32 | 9 | 0,96 | 3,55 | |
| 0,28 | 7 | 0,84 | 4,00 | |
| 0,29 | 7 | 0,87 | 4,14 | |
| | | 3,99 | | 17,70 |

8e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,42 | 10 | 1,26 | 4,20 | |
| 0,35 | 9 | 1,05 | 3,88 | |
| 0,22 | 7 | 0,66 | 3,14 | |
| 0,20 | 5 | 0,60 | 4,00 | |
| | | 3,57 | | 15,84 |

9e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,45 | 10 | 1,35 | 4,50 | |
| 0,23 | 6 | 0,69 | 3,80 | |
| 0,20 | 6 | 0,60 | 3,33 | |
| 0,19 | 5 | 0,57 | 3,80 | |
| | | 3,21 | | 14,24 |

Travail total : 56,37

Immédiatement avant la 10e série, on prend, soigneusement enveloppés dans un pain azyme, pour éviter toute saveur, 2 grammes de chlorure de sodium, avec la même cuillerée d'eau distillée qui servait à chasser les pilules dans les expériences précédentes.

10e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,27 | 7 | 0,81 | 3,85 | |
| 0,16 | 5 | 0,48 | 3,10 | |
| 0,13 | 4 | 0,39 | 3,25 | |
| 0,10 | 3 | 0,30 | 3,33 | |
| | | 1,98 | | 8,78 |

11e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,22 | 6 | 0,66 | 3,66 | |
| 0,14 | 4 | 0,42 | 3,50 | |
| 0,13 | 4 | 0,39 | 3,25 | |
| 0,08 | 4 | 0,24 | 2,00 | |
| | | 1,71 | | 7,58 |

On voit dans cette expérience l'effet déprimant arriver dès le début, et le travail s'est encore abaissé très notablement. Nous n'insisterons pas ici, sur l'effet de l'introduction du sel dans l'estomac en évitant l'excitation sensorielle. Relevons pourtant qu'elle ne produit aucun relèvement du travail qui continue à diminuer. Elle provoque un travail digestif dont on a connaissance par un flux de salive et déprime le travail manuel[1].

[1] Ch. Féré. *L'influence du travail digestif sur le travail manuel* (C. R. *Soc. de Biologie*, 1901, p. 795). — *L'influence de la pilocarpine sur le travail*, (*Ibid.*, p. 1056). — *Note sur l'influence dépressive sur le travail manuel des condiments introduits directement dans l'estomac* (*Ibid.*, 1902, p. 5). — *Note sur l'influence dépressive sur le travail manuel de l'introduction directe des peptones dans l'estomac* (*Ibid.*, p. 79).

Ces expériences montrent, en somme, que l'extrait de valérianne donne une excitation plus rapide, plus intense et plus durable à mesure que la dose augmente, jusqu'à une certaine limite. Avec les fortes doses, l'excitation très rapide, et très forte perd ensuite de la durée, puis disparaît tout à fait dès le début. Le travail total des neuf séries d'ergogrammes après avoir augmenté, diminue, les doses croissant toujonrs : avec 25 centigrammes, on a eu un travail total de 111 kg. 054; avec 50 centigrammes, un travail total de 114 kg. 55; avec 75 centigrammes, un travail total de 197 kg. 49; avec un gramme, un travail total de 89 kg. 85; avec 2 grammes ; un travail total de 76 kg. 14; avec 3 grammes, un travail total de 56 kg. 37. On a ainsi une sorte de mesure de l'action dépressive ou narcotique croissante avec la dose. Les effets différents suivant que la valériane intervient, quand le sujet est reposé ou quand il est fatigué, indique la possibilité d'effets variés suivant l'individu et suivant les conditions actuelles.

La valérianate d'ammoniaque, qui, après avoir été vanté comme une panacée, passe aussi pour inactif, donne des résultats analogues.

Expérience VIII. — Immédiatement avant le travail, 0 gr. 20 de valérianate d'ammoniaque enrobé, pour éviter la saveur et l'odeur, dans un pain azyme.

| Hauteur totale | Nombre de soulèvements | Travail en kilogrammètres | Hauteur moyenne | Rapport du travail au travail normal = 22.53 |
|---|---|---|---|---|
| | | 1re *série.* | | |
| 4,74 | 98 | 14,22 | 4,83 | |
| 2,74 | 55 | 8,22 | 4,98 | |
| 1,37 | 26 | 4,11 | 5,26 | |
| 0,81 | 15 | 2,43 | 5,40 | |
| | | 28,98 | | 128,62 |
| | | 2e *série.* | | |
| 2,40 | 43 | 7,20 | 5,58 | |
| 1,28 | 23 | 3,84 | 5,56 | |
| 0,79 | 15 | 2,37 | 5,26 | |
| 0,60 | 12 | 1,80 | 5,00 | |
| | | 15,21 | | 67,50 |

3e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1,00 | 18 | 3,00 | 5,55 | |
| 0,51 | 10 | 1,53 | 5,10 | |
| 0,37 | 8 | 1,11 | 4,62 | |
| 0,38 | 8 | 1,14 | 4,75 | |
| | | 6,78 | | 30,09 |

4e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,88 | 19 | 2,64 | 4,63 | |
| 0,75 | 16 | 2,25 | 4,68 | |
| 0,38 | 8 | 1,14 | 4,75 | |
| 0,32 | 7 | 0,96 | 4,57 | |
| | | 6,99 | | 31,02 |

5e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,56 | 12 | 1,68 | 4,66 | |
| 0,39 | 10 | 1,17 | 3,90 | |
| 0,31 | 7 | 0,93 | 4,42 | |
| 0,31 | 7 | 0,93 | 4,42 | |
| | | 4,71 | | 20,90 |

6e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,50 | 10 | 1,50 | 5,00 | |
| 0,33 | 7 | 0,99 | 4,71 | |
| 0,25 | 6 | 0,75 | 4,16 | |
| 0,24 | 6 | 0,72 | 4,00 | |
| | | 3,96 | | 17,57 |

7e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,62 | 12 | 1,86 | 5,16 | |
| 0,37 | 8 | 0,96 | 4,00 | |
| 0,28 | 7 | 0,84 | 4,00 | |
| 0,17 | 5 | 0,51 | 3,40 | |
| | | 4,17 | | 18,50 |

8e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,40 | 9 | 1,20 | 4,44 | |
| 0,30 | 7 | 0,90 | 4,28 | |
| 0,24 | 6 | 0,72 | 4,00 | |
| 0,21 | 5 | 0,63 | 4,20 | |
| | | 3,45 | | 15,31 |

9e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,34 | 8 | 1,02 | 4,35 | |
| 0,21 | 6 | 0,63 | 3,50 | |
| 0,20 | 5 | 0,60 | 4,00 | |
| 0,18 | 5 | 0,54 | 3,60 | |
| | | 2,79 | | 12,38 |

Travail total : 77,04

La dose de 20 centigrammes, suffit pour mettre en lumière l'action excitante primitive du valérianate d'ammoniaque et sa valeur déprimante. Dans l'expérience suivante, on verra l'action déprimante immédiate d'une dose plus forte.

Expérience IX. — Immédiatement avant le travail, on prend 30 centigrammes de valérianate d'ammoniaque.

| Hauteur totale | Nombre de soulèvements | Travail en kilogrammètres | Hauteur moyenne | Rapport du travail au travail normal = 22.53 |
|---|---|---|---|---|
| | | 1re *série.* | | |
| 0,83 | 16 | 2,49 | 5,18 | |
| 0,36 | 8 | 1,08 | 4,50 | |
| 0,35 | 8 | 1,05 | 4,37 | |
| 0,28 | 6 | 0,84 | 4,66 | |
| | | 5,46 | | 24,23 |
| | | 2e *série.* | | |
| 0,49 | 10 | 1,47 | 4,90 | |
| 0,40 | 8 | 1,20 | 5,00 | |
| 0,28 | 6 | 0,84 | 4,66 | |
| 0,26 | 7 | 0,78 | 3,71 | |
| | | 4,29 | | 19,04 |
| | | 3e *série.* | | |
| 0,41 | 8 | 1,23 | 5,12 | |
| 0,32 | 9 | 0,96 | 3,55 | |
| 0,22 | 6 | 0,66 | 3,66 | |
| 0,24 | 6 | 0,72 | 4,00 | |
| | | 3,57 | | 15,84 |

*4e série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,43 | 10 | 1,29 | 4,30 | |
| 0,27 | 7 | 0,81 | 3,85 | |
| 0,31 | 7 | 0,93 | 4,42 | |
| 0,21 | 6 | 0,63 | 3,50 | |
| | | 3,66 | | 16,24 |

*5e série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,36 | 8 | 1,08 | 4,50 | |
| 0,31 | 7 | 0,93 | 4,42 | |
| 0,29 | 8 | 0,87 | 3,62 | |
| 0,23 | 6 | 0,69 | 3,83 | |
| | | 3,57 | | 15,84 |

*6e série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,42 | 9 | 1,26 | 4,66 | |
| 0,27 | 7 | 0,81 | 3,85 | |
| 0,24 | 6 | 0,72 | 4,00 | |
| 0,21 | 5 | 0,63 | 4,20 | |
| | | 3,42 | | 15,17 |

*7e série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,33 | 8 | 0,99 | 4,12 | |
| 0,18 | 5 | 0,54 | 3,60 | |
| 0,18 | 5 | 0,54 | 3,60 | |
| 0,15 | 4 | 0,45 | 3,75 | |
| | | 2,52 | | 11,18 |

*8e série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,32 | 7 | 0,96 | 4,57 | |
| 0,20 | 6 | 0,60 | 3,33 | |
| 0,17 | 5 | 0,51 | 3,40 | |
| 0,15 | 4 | 0,45 | 3,75 | |
| | | 2,52 | | 11,18 |

*9e série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,32 | 7 | 0,96 | 4,57 | |
| 0,15 | 5 | 0,45 | 3,00 | |
| 0,14 | 4 | 0,42 | 3,50 | |
| 0,15 | 4 | 0,45 | 3,75 | |
| | | 2,28 | | 10,11 |

Travail total : 31,29

Immédiatement avant la 10e série, on reprend 9 gr. 10 de valérianate d'ammoniaque.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | *10e série.* | | |
| 5,31 | 106 | 15,93 | 5,00 | |
| 0,97 | 19 | 2,91 | 5,10 | |
| 0,28 | 7 | 0,84 | 4,00 | |
| 0,19 | 5 | 0,57 | 3,80 | |
| | | 20,25 | | 89,88 |
| | | *11e série.* | | |
| 0,30 | 7 | 0,90 | 4,28 | |
| 0,15 | 4 | 0,45 | 3,75 | |
| 0,12 | 4 | 0,36 | 3,00 | |
| 0,12 | 4 | 0,36 | 3,00 | |
| | | 2,07 | | 9,18 |

Dans l'expérience VIII, la dose de 20 centigrammes a donné une excitation immédiate caractérisée par la valeur du premier ergogramme, qui a donné un travail de 14 kg. 22. Dans l'expérience IX, après 9 séries, la fatigue était bien marquée; une dose une fois moindre donne une excitation plus forte, caractérisée par un premier ergogramme de 15 kg. 93, mais moins durable. L'excitabilité augmente pendant un temps au cours de la fatigue.

La diminution du travail total des 9 séries est plus marquée avec la plus forte dose : 77 kg. 04 dans l'expérience VIII; 31 kg. 29 dans l'expérience IX.

La valérianate de zinc produit des résultats analogues, si on tient compte des différences de doses.

Expérience X. — Immédiatement avant le travail, 0 gr 10 de valérianate de zinc.

| Hauteur totale | Nombre de soulèvements | Travail en kilogrammètres | Hauteur moyenne | Rapport du travail au travail normal = 22,53 |
|---|---|---|---|---|
| | | *1re série.* | | |
| 4,02 | 74 | 12,06 | 5,43 | |
| 2,26 | 38 | 6,78 | 5,94 | |
| 1,97 | 37 | 5,91 | 5,32 | |
| 1,89 | 35 | 5,67 | 5,40 | |
| | | 30,42 | | 135,01 |

2e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 4,30 | 78 | 12,90 | 5,51 | |
| 2,57 | 48 | 7,71 | 5,35 | |
| 2,18 | 44 | 6,54 | 4,95 | |
| 1,67 | 34 | 5,01 | 4,91 | |
| | | 32,16 | | 142,29 |

3e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1,37 | 24 | 4,11 | 5,70 | |
| 0,93 | 17 | 2,79 | 5,47 | |
| 0,60 | 11 | 1,80 | 5,45 | |
| 0,52 | 9 | 1,56 | 5,7. | |
| | | 10,26 | | 45,53 |

4e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1,02 | 18 | 3,06 | 5,66 | |
| 0,65 | 12 | 1,95 | 5,41 | |
| 0,47 | 9 | 1,41 | 5,12 | |
| 0,40 | 8 | 1,20 | 5,00 | |
| | | 7,62 | | 33,82 |

5e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,79 | 14 | 2,37 | 5,64 | |
| 0,44 | 10 | 1,32 | 4,40 | |
| 0,42 | 8 | 1,26 | 5,25 | |
| 0,37 | 8 | 1,11 | 4,62 | |
| | | 6,06 | | 26,88 |

6e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,52 | 10 | 1,56 | 5,20 | |
| 0,41 | 8 | 1,23 | 5,12 | |
| 0,34 | 8 | 1,02 | 4,25 | |
| 0,29 | 7 | 0,87 | 4,14 | |
| | | 4,68 | | 20,77 |

7e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,45 | 9 | 1,35 | 5,00 | |
| 0,31 | 8 | 0,93 | 3,87 | |
| 0,32 | 7 | 0,96 | 4,57 | |
| 0,27 | 7 | 0,81 | 3,85 | |
| | | 4,05 | | 17,97 |

8e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,40 | 9 | 1,20 | 4,44 | |
| 0,30 | 7 | 0,90 | 4,28 | |
| 0,25 | 7 | 0,75 | 3,57 | |
| 0,24 | 7 | 0,72 | 3,42 | |
| | | 3,57 | | 15,84 |

9e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,37 | 8 | 1,11 | 4,62 | |
| 0,21 | 6 | 0,63 | 3,50 | |
| 0,17 | 5 | 0,51 | 3,40 | |
| 0,17 | 5 | 0,51 | 3,40 | |
| | | 2,76 | | 12,24 |

Travail total : 101,48

Expérience XI. — Immédiatement avant le travail, 0 gr. 25 de valérianate de zinc.

| Hauteur totale | Nombre des soulèvements | Travail en kilogrammètres | Hauteur moyenne | Rapport du travail au travail normal = 22,53 |
|---|---|---|---|---|
| | | 1re *série.* | | |
| 2,00 | 37 | 6,00 | 5,40 | |
| 0,90 | 17 | 2,70 | 5,29 | |
| 0,68 | 14 | 2,04 | 4,85 | |
| 0,38 | 8 | 1,14 | 4,75 | |
| | | 11,88 | | 52,70 |
| | | 2e *série.* | | |
| 0,73 | 15 | 2,19 | 4,86 | |
| 0,66 | 12 | 1,98 | 5,50 | |
| 0,35 | 8 | 1,05 | 4,37 | |
| 0,31 | 7 | 0,93 | 4,42 | |
| | | 6,15 | | 27,29 |
| | | 3e *série.* | | |
| 0,75 | 14 | 2,25 | 5,35 | |
| 0,30 | 8 | 0,90 | 3,75 | |
| 0,30 | 8 | 0,90 | 3,75 | |
| 0,27 | 7 | 0,81 | 3,85 | |
| | | 4,86 | | 21,57 |

4e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,42 | 9 | 1,26 | 4,66 | |
| 0,28 | 6 | 0,84 | 4,66 | |
| 0,27 | 6 | 0,81 | 4,50 | |
| 0,25 | 6 | 0,75 | 4,16 | |
| | | 3,66 | | 16,24 |

5e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,50 | 10 | 1,50 | 5,00 | |
| 0,35 | 8 | 1,05 | 4,37 | |
| 0,25 | 6 | 0,75 | 4,16 | |
| 0,24 | 6 | 0,72 | 4,00 | |
| | | 4,02 | | 17,84 |

6e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,42 | 8 | 1,26 | 5,25 | |
| 0,26 | 6 | 0,78 | 4,33 | |
| 0,23 | 5 | 0,69 | 4,60 | |
| 0,21 | 6 | 0,63 | 3,50 | |
| | | 3,36 | | 14,91 |

7e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,40 | 9 | 1,20 | 4,44 | |
| 0,24 | 6 | 0,72 | 4,00 | |
| 0,27 | 6 | 0,81 | 4,50 | |
| 0,18 | 5 | 0,54 | 3,60 | |
| | | 3,27 | | 14,51 |

8e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,34 | 7 | 1,02 | 4,85 | |
| 0,24 | 6 | 0,72 | 4,00 | |
| 0,20 | 5 | 0,60 | 4,00 | |
| 0,17 | 4 | 0,51 | 4,25 | |
| | | 2,85 | | 12,64 |

9e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,30 | 7 | 0,90 | 4,28 | |
| 0,16 | 5 | 0,48 | 3,20 | |
| 0,18 | 5 | 0,54 | 3,60 | |
| 0,17 | 5 | 0,51 | 3,40 | |
| | | 2,43 | | 10,78 |

Travail total : 42,48

Immédiatement avant le début de la 10e série, 0 gr. 05 de valérianate de soude.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 10e *série.* | | |
| 5,12 | 107 | 15,36 | 4,78 | |
| 1,38 | 26 | 4,14 | 5,30 | |
| 0,31 | 7 | 0,93 | 4,42 | |
| 0,27 | 6 | 0,81 | 4,50 | |
| | | 21,24 | | 94,27 |
| | | 11e *série.* | | |
| 0,25 | 6 | 0,75 | 4,16 | |
| 0,18 | 5 | 0,54 | 3,60 | |
| 0,16 | 4 | 0,48 | 4,00 | |
| 0,16 | 4 | 0,48 | 4,00 | |
| | | 2,25 | | 9,98 |

Les doses croissantes du valérianate de zinc donnent aussi une diminution croissante du travail total des 9 séries : 101 kg. 58 pour la première expérience, 42 kg. 48 pour la seconde. Une dose faible est aussi excitante, quand le sujet est fatigué surtout.

Le valérianate de soude ne parait pas moins actif.

Expérience XII. — Immédiatement avant le travail, 0 gr. 05 de valérianate de soude.

| Hauteur totale | Nombre des soulèvements | Travail en kilogrammètres | Hauteur moyenne | Rapport du travail au travail normal |
|---|---|---|---|---|
| | | 1re *série.* | | |
| 3,15 | 64 | 9,45 | 4,92 | |
| 1,69 | 32 | 5,07 | 5,28 | |
| 1,41 | 26 | 4,27 | 5,42 | |
| 1,26 | 25 | 3,78 | 5,04 | |
| | | 21,53 | | 100 |
| | | 2e *série.* | | |
| 3,52 | 52 | 10,56 | 4,88 | |
| 2,13 | 40 | 6,39 | 5,32 | |
| 1,86 | 38 | 5,58 | 4,89 | |
| 1,67 | 34 | 5,01 | 4,91 | |
| | | 27,54 | | 122,23 |

3e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2,80 | 53 | 8,40 | 5,28 | |
| 1,10 | 22 | 3,30 | 5,00 | |
| 0,74 | 15 | 2,22 | 4,93 | |
| 0,41 | 10 | 1,23 | 4,10 | |
| | | 15,15 | | 67,24 |

4e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2,27 | 43 | 6,81 | 5,27 | |
| 0,75 | 14 | 2,25 | 5,35 | |
| 0,65 | 14 | 1,95 | 4,64 | |
| 0,50 | 12 | 1,50 | 4,16 | |
| | | 12,51 | | 55,52 |

5e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2,34 | 43 | 7,02 | 5,44 | |
| 1,02 | 19 | 2,06 | 5,36 | |
| 0,74 | 15 | 2,22 | 4,93 | |
| 0,44 | 10 | 1,32 | 4,40 | |
| | | 13,62 | | 60,45 |

6e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1,72 | 31 | 5,16 | 5,54 | |
| 0,87 | 17 | 2,61 | 5,11 | |
| 0,82 | 16 | 2,46 | 5,12 | |
| 0,34 | 8 | 1,02 | 4,25 | |
| | | 11,25 | | 49,96 |

7e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,65 | 14 | 1,95 | 4,64 | |
| 0,36 | 9 | 1,08 | 4,00 | |
| 0,30 | 7 | 0,90 | 4,28 | |
| 0,34 | 8 | 1,02 | 4,25 | |
| | | 4,95 | | 21,97 |

8e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,67 | 14 | 2,01 | 4,78 | |
| 0,53 | 12 | 1,59 | 4,91 | |
| 0,31 | 9 | 0,93 | 3,44 | |
| 0,28 | 8 | 0,84 | 3,50 | |
| | | 5,37 | | 23,83 |

*9e série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,56 | 11 | 1,62 | 4,90 | |
| 0,23 | 6 | 0,69 | 3,83 | |
| 0,28 | 7 | 0,84 | 4,00 | |
| 0,22 | 6 | 0,66 | 3,66 | |
| | | 3,81 | | 16,91 |

Travail total : 115,95

Expérience XIII. — Immédiatement avant le travail, 0 gr. 10 de valérianate de soude.

| Hauteur totale | Nombre de soulèvements | Travail en kilogrammètres | Hauteur moyenne | Rapport du travail au travail norma = 22,03 |
|---|---|---|---|---|
| | | *1re série.* | | |
| 3,14 | 55 | 9,42 | 5,70 | |
| 1,66 | 32 | 4,98 | 5,18 | |
| 2,21 | 41 | 6,63 | 5,39 | |
| 2,33 | 44 | 6,99 | 5,29 | |
| | | 28,02 | | 124,36 |
| | | *2e série.* | | |
| 3,84 | 72 | 11,52 | 5,33 | |
| 1,52 | 28 | 4,56 | 5,64 | |
| 0,94 | 17 | 2,82 | 5,52 | |
| 0,60 | 12 | 1,80 | 5,00 | |
| | | 20,70 | | 91,87 |
| | | *3e série.* | | |
| 0,78 | 16 | 2,34 | 4,87 | |
| 0,40 | 8 | 1,20 | 5,00 | |
| 0,29 | 7 | 0,87 | 4,14 | |
| 0,26 | 7 | 0,78 | 3,71 | |
| | | 5,19 | | 23,03 |
| | | *4e série.* | | |
| 0,60 | 12 | 1,80 | 5,00 | |
| 0,28 | 7 | 0,84 | 4,00 | |
| 0,26 | 6 | 0,78 | 4,33 | |
| 0,19 | 5 | 0,57 | 3,80 | |
| | | 3,99 | | 17,66 |

5e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,25 | 6 | 0,75 | 4,16 | |
| 0,21 | 6 | 0,63 | 3,50 | |
| 0,22 | 5 | 0,66 | 4,40 | |
| 0,14 | 4 | 0,42 | 3,50 | |
| | | 2,46 | | 10,91 |

6e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,31 | 7 | 0,93 | 4,42 | |
| 0,18 | 5 | 0,54 | 3,60 | |
| 0,18 | 5 | 0,54 | 3,60 | |
| 0,15 | 5 | 0,45 | 3,00 | |
| | | 2,46 | | 10,91 |

7e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,34 | 7 | 1,02 | 4,85 | |
| 0,16 | 5 | 0,48 | 3,20 | |
| 0,14 | 4 | 0,42 | 3,50 | |
| 0,13 | 4 | 0,39 | 3,25 | |
| | | 2,31 | | 10,25 |

8e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0,24 | 7 | 0,72 | 3.42 | |
| 0,16 | 5 | 0,48 | 3,20 | |
| 0,15 | 5 | 0,48 | 3,20 | |
| 0,14 | 4 | 0,42 | 3,50 | |
| | | 2,10 | | 9,32 |

9e *série.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0.22 | 6 | 0,66 | 3,66 | |
| 0,13 | 4 | 0,39 | 3,25 | |
| 0,15 | 4 | 0,45 | 3,75 | |
| 0,10 | 4 | 0,30 | 2,50 | |
| | | 1,80 | | 7,98 |

Travail total : 69,03

Dans l'expérience XII, avec une dose faible de 5 centigrammes, l'excitation se fait attendre, la première série donne un travail normal que nous avons pris pour terme de comparaison dans les autres expériences. Ce travail est très

voisin de celui de la première expérience avec 25 centigrammes d'extrait de valériane. Le travail total diminue aussi quand la dose s'accroît : 115 kg. 95, dans l'expérience XII, 69 kg .03 dans l'expérience XIII.

La valériane et ses composés produisent à faible dose une excitation primitive de la motilité volontaire. Ce sont des excitants de l'écorce cérébrale dont la manière propre de réagir est l'activité volontaire. A doses plus fortes ils produisent une dépression primitive. A toutes les doses ils provoquent une diminution de la résistance à la fatigue. Ces effets inverses des agents chimiques, suivant les doses, ont été souvent remarqués et sont intéressants à divers points de vue[1]. Quand la dépression se manifeste d'emblée, il est vraisemblable qu'elle est encore la conséquence d'une décharge préalable. On ne peut guère admettre que l'action de la valériane s'exerce exclusivement sur la fonction la plus élevée de l'activité nerveuse, elle agit aussi, sans doute, sur les autres. Lorsque l'activité nerveuse éprouve une décharge généralisée sous l'influence d'une excitation forte, l'activité volontaire, la plus fragile, est la première à céder.

BOSTON MEDICAL LIBRARY JUN 15 1903

Il n'est pas sans intérêt de rapprocher l'action physiologique de la valériane de l'action thérapeutique qu'on lui reconnaît le plus communément et dont la connaissance est le fruit de l'empirisme : action antispasmodique et calmante. Les phénomènes qu'elle provoque reproduisent d'une manière générale les troubles qu'on la destine à combattre; une excitation aboutissant à une dépression, on a une perversion des fonctions motrices. On pourrait trouver dans ce rapport, la question de doses mise à part, un argument en faveur du premier principe de l'Organon : *similia similibus curantur*. Nous retrouverons d'ailleurs ce rapport dans l'étude d'autres antispasmodiques dont l'action n'est pas sans analogie avec celle de la valériane et des valérianates.

[1] R. Lépine. *Deux phases contraires de l'action de certains médicaments* (*La semaine médicale*, 1889, p. 437). — Ch. Féré. *La pathologie des émotions*, 1892, p. 225. — *Tératogénie expérimentale et pathologie générale* (*volume jubilaire du cinquantenaire de la Société de Biologie*, 1899, p. 360. — Lauder Brunton, *Action des médicaments*. trad. fr., 1901, p. 31.

# REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

## I. De la présence d'un parasite dans le sang des épileptiques ; par M. M. Bra.

Des prélèvements de sang par ponction des veines de l'avant-

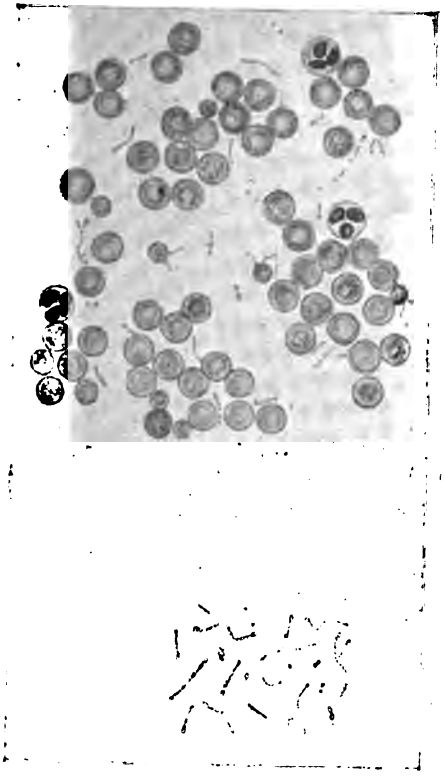


*Fig. 1.* — Eléments parasitaires du sang comitial. Schéma. (H. Chaussé, del.)

bras, opérés dans les services de M. Magnan, à l'Asile clinique, et de

M. Marandon de Montyel, à l'asile de Ville-Evrard, sur soixante-dix sujets atteints d'épilepsie générale, dite *idiopathique*, nous ont permis de constater, à certaines périodes de l'affection, la présence constante d'un microorganisme.

Dans les longs intervalles interparoxystiques, l'examen est le plus souvent négatif, mais lorsqu'à l'approche des attaques, pendant ou immédiatement après les crises incomplètes, les absences,

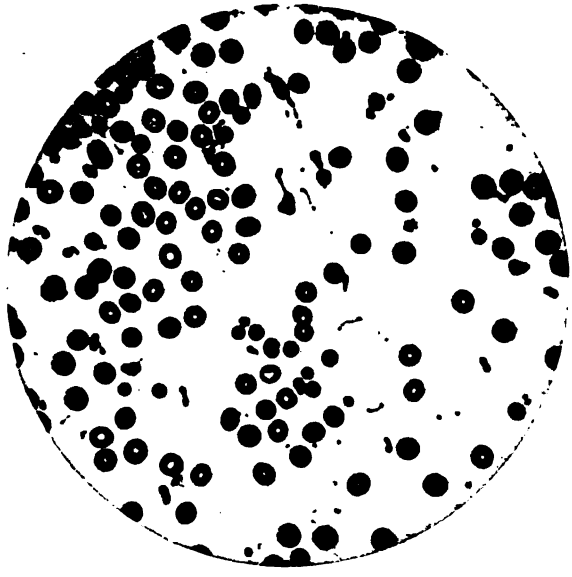


*Fig. 2.* — Sang d'épileptique immédiatement avant une crise convulsive. Altérations globulaires. — Parasites : cocci isolés et en diplocoques, corps vermiculaires en chaînettes. — Gross. $\frac{1000}{1}$ Microph. A. Lumière.

les vertiges, on examine une goutte de sang frais avec un grossissement d'au moins 500 diamètres, on aperçoit dans le plasma de petits points faiblement réfringents de 1 μ et au-dessous, isolés ou réunis en diplocoques, animés d'un mouvement très vif et virevoltant constamment sur eux-mêmes, puis, à l'état d'unités ou en plus ou moins grand nombre, des corps offrant l'aspect de vermicules, d'une longueur égale ou supérieuee au diamètre des hématies et composés de six à huit grains le plus souvent. Les uns sont formés de grains égaux, les autres présentent à leurs extrémités ou dans leur continuité des grains plus volumineux, polymorphes,

ovoïdes, bacillaires, etc. La forme la plus typique paraît être la chainette terminée à chaque extrémité par un grain plus volumineux (*forme en boulets enchaînés*). Ces corps sont animés d'ondulations serpentines, culbutent sur eux-mêmes, se présentent alternativement dans leur grand diamètre ou par leurs grains terminaux. Ils se pelotonnent si bien qu'il faut les suivre longtemps

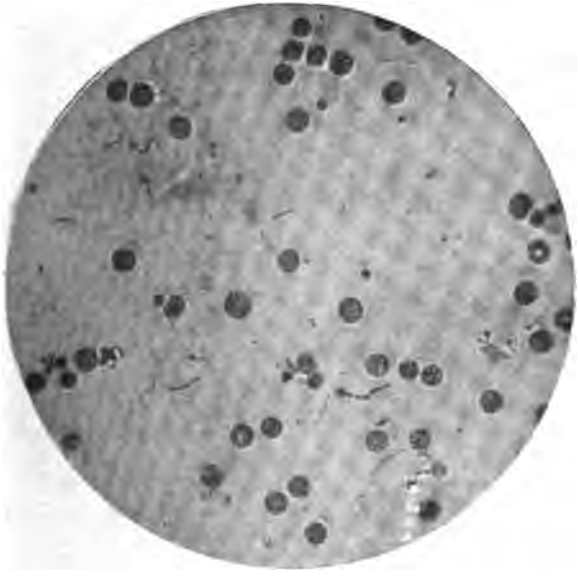


*Fig. 3.* — Sang d'épileptiques pendant une crise incomplète.— Altérations globulaires. — Parasites : cocci isolés et en diplocoques, corps vermiculaires composés de grains égaux ou polymorphes.— Gross. $\frac{1000}{1}$.— Microph. A. Lumière.

pour être fixé sur leur forme véritable. Ils adhèrent fréquemment aux globules rouges par une de leurs extrémités.

Il arrive, suivant les périodes et les individus, *que ces vermicules font défaut dans le sang et que seulement on rencontre les cocci isolés ou en diplocoques, soit mobiles et libres dans le sérum, soit accolés aux hématies ou englobés dans les phagocytes.*

Examen avec coloration. — Les préparations du sang desséchées et fixées dans le mélange alcool et éther sont soumises à une coloration prolongée, soit dans le bleu de Kühne, soit dans la thionine

phéniquée. Le parasite se colore assez faiblement, et rien ne vaut l'examen du sang frais.

Ensemencements et cultures. — En prélevant le sang à l'approche des attaques convulsives, pendant les vertiges, les crises incomplètes chez les épileptiques qui ne présentent ni morsures de la langue, ni plaies des téguments, nous sommes arrivés, en collaboration avec H. Chaussé, à isoler 60 fois sur 100 le microorganisme observé dans le sang.

Au sortir de la veine, le sang est réparti largement dans des tubes de bouillon ordinaire, neutre ou alcalin. Les tubes sont portés à l'étuve à 34° et peuvent être examinés au bout de quarante-huit heures. Le microbe pousse bien entre 34° et 37°. Aérobie; son développement se ralentit dans le vide.

*Bouillon.* — Au bout de vingt-quatre heures à l'étuve, le bouillon est légèrement troublé et contient de petits flocons à peine visibles. La culture garde son trouble. Peu ou pas de dépôt. Réaction acide au bout d'un certain temps.

Dans la culture examinée sans coloration (Leitz, oc. 3, obj. 1/12), cocci de 0,6 μ à 1 μ et diplocoques mobiles. Courtes chainettes composées le plus souvent de quatre, six, huit grains égaux, ou présentant à un moindre degré, dans leur continuité ou à leurs extrémités, les grains polymorphes observés dans le sang. Les chainettes sont animées des ondulations qu'elles présentent dans le sang.

*Gélatine.* — Par piqûre, léger trouble à peine visible le long du trait. Rien à l'orifice. Pas de liquéfaction. — *Gélose.* — Semis blanchâtre extrêmement fin, visible par transparence. — *Pomme de terre.* — Pas de culture apparente à l'œil nu, bien que le microscope montre un développement appréciable.

Le parasite possède dans les cultures les réactions colorantes qu'il présente dans le sang. Il se colore par les solutions hydro-alcooliques ou aqueuses des couleurs d'aniline basiques. Il prend mal le Gram. Pour peu que l'action de l'alcool soit prolongée, il se décolore pour absorber la couleur complémentaire.

L'injection intra-veineuse des cultures, répétée à diverses reprises chez le lapin, reproduit dans le sang les formes parasitaires typiques du sang comitial.

Il paraît s'agir, en somme, d'un streptocoque qui, par ses caractères morphologiques et biologiques, constitue une variété très spéciale et que nous n'avons trouvé que chez les épileptiques.

Nous nous proposons de donner dans une Note ultérieure le résultat des recherches expérimentales.

II. **Altérations pathologiques dans la démence** ; par Joseph Shaw Bolton (*The Journal of Mental Science*, Avril 1901).

L'auteur conclut : 1° que l'épaisseur de la couche pyramidale

des cellules nerveuses varie avec le degré d'amenée ou de démence existant chez le malade ; 2° que les altérations histo-pathologiques qui surviennent dans la folie dépendent uniquement du degré de la démence et sont indépendantes du temps pendant lequel la folie a existé. R. DE MUSGRAVE CLAY.

**III. Méthode pour rendre permanentes les préparations au sublimé de Golgi par la substitution du platine** ; par W. FORD ROBERTSON et JAMES MACDONALD (*The Journal of Mental Science*, Avril 1901).

Les auteurs décrivent avec soin leurs méthodes respectives, auxquelles ils attribuent les avantages suivants : Elles rendent les préparations permanentes sous le couvre-objet ; elles peuvent être facilement étudiées avec de forts grossissements ordinaires et avec des objectifs à immersion huileuse ; le dépôt est noir ou presque noir. Par ces modifications, la méthode de Golgi devient plus utile qu'elle n'était jusqu'à présent pour l'étude des altérations pathologiques des cellules corticales dans les cas d'aliénation mentale.
R. DE MUSGRAVE CLAY.

**IV. Un cas de sarcome intra-musculaire de l'épaule droite ayant pénétré par perforation dans le canal rachidien, avec paraplégie** ; par Leonard WEBER, (*The New York Medical Journal*, 1er juin 1901.)

Observation curieuse et intéressante, relatée dans tous ses détails et suivie d'une autopsie partielle. R. M. C.

**V. Un cas d'apoplexie cérébelleuse avec autopsie** ; par Léonard WEBER. (*The New-York Medical Journal*, 15 juin 1901.)

Voici le résumé de l'observation :

Homme de vingt-neuf ans, célibataire, alité, céphalalgie continuelle, généralisée, avec vertiges, nausées et vomissements qui augmentent dès qu'il lève la tête ou essaye de se lever : ces symptômes datent de deux mois ; le malade, de constitution solide, s'est émacié, la face est tirée, la peau moite et froide, le pouls plein (60 à 70). Constipation ; urine légèrement albumineuse. Pas d'hérédité fâcheuse. Pas de syphilis : il menait sans effort une vie de travail fatigante. L'apparition des symptômes a été brusque. Il y a eu un court répit d'une quinzaine pendant lequel il a essayé de reprendre son travail, puis une rechute. Il est parfaitement sensé, il voit, il entend, il écrit, répond intelligemment à toutes les questions et ne présente aucun trouble de la sensibilité ni de la motilité. Tout ici indiquait une lésion nerveuse centrale, grave, et probablement cérébelleuse. On penchait pour l'apoplexie qui

avait cependant contre elle la durée déjà longue de la maladie. Terminaison par mort subite. — A l'autopsie, on trouve le système veineux tout entier littéralement gorgé de sang; le cœur était augmenté d'un tiers dans toutes ses dimensions : les parois des cavités gauches avaient une épaisseur double de l'épaisseur normale, celles du cœur droit étaient également épaissies : toutes les valvules étaient saines : l'aorte était normale. Les viscères étaient sains, les reins seulement un peu volumineux et de couleur rouge brun, et on trouvait vers leur surface des signes de néphrite interstitielle au début. Les membranes du cerveau, la substance grise et la substance blanche, les pédoncules, la protubérance et la moelle étaient sains. L'hémisphère cérébelleux droit était un peu plus saillant que le gauche, et par une légère fente, située vers le milieu, du sang avait récemment coulé vers le quatrième ventricule, donnant lieu à quelques caillots frais qui comprimaient la région. En procédant avec soin, on vit que cette fente s'ouvrait, s'agrandissait, et l'on mit à jour une grande cavité dans la substance de l'hémisphère : elle était remplie de grands caillots mous rouge foncé, récents, et de quelques autres plus petits et plus anciens. L'hémisphère gauche était sain.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

VI. **Le sens musculaire**; par John REID. (*The Journal of mental Science*, juillet 1901.)

On a soutenu à propos du sens musculaire que la contraction du muscle et la force dépensée pour déterminer cette contraction étaient les éléments nécessaires de son existence. Il existe des sensations de poids, de corps pesants pressant sur la tête, sur les articulations, etc., qui sont toujours estimées comme des poids plus ou moins volumineux, bien que le tissu musculaire n'existe pas dans les points où sont localisées ces soi-disant sensations musculaires. Il y a des états pathologiques du muscle, atrophie, etc., mais, dans ces états, bien qu'il puisse exister de la rigidité, il n'existe jamais de sensation de poids rapportée au muscle. La seule sensation éprouvée est une sensation de fatigue, peut-être de douleur ou d'endolorissement; la sensation de poids est absente. Si les muscles sont malades les sensations sont de la nature des sensations organiques, et semblables à celles que l'on observe dans les régions soumises aux centres nerveux organiques. S'il y a un petit ulcère sous-cutané, douloureux, on peut trouver le muscle rigide; mais ce n'est pas la sensation de poids qui existe, c'est celle de rigidité musculaire. Quelle que soit la cause de cette rigidité, il n'y a qu'une sensation qui appartienne au muscle, c'est celle de tension. Comment se fait-il que pour ce sens spécial il n'y ait pas de sensation spéciale de poids? Même chez les aliénés et

chez les sujets qui ont accompli un travail pénible, il n'est pas à la connaissance de l'auteur, et il n'a pas observé qu'il existe de sensations subjectives rapportées spécialement au muscle. Et pourtant les fausses sensations du toucher, de l'ouïe, etc., sont invariablement rapportées aux organes qui les concernent. Les difficultés du sujet peuvent donc se résumer ainsi : 1° les sensations de poids ne sont pas rapportées spécialement au muscle ; 2° les muscles malades, enflammés, etc., ne fournissent jamais d'exemples de *sens musculaire* proprement dit ; 3° des muscles mis en état de tension par un choc électrique, par des irritations cutanées, ne donnent jamais autre chose que les sensations organiques de tension ou de fatigue ; 4° les hallucinations des aliénés rapportées aux muscles ne fournissent pas d'exemple de ce que l'on entend par les sensations du sens musculaire. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

**VII. Pointe osseuse, provenant d'une fracture du crâne par coup de feu, étant restée appuyée contre le cerveau pendant quarante-quatre ans**; par D. S. LAMB. (*The New-York Medical Journal*, 3 août 1901.)

Il s'agit d'un fragment de la boîte cranienne, de forme irrégulièrement ovale, et mesurant un pouce et demi sur cinq huitièmes de pouce. Il a été extraît, à l'autopsie, de la scissure de Sylvius droite, contre la première circonvolution temporale, la pariétale ascendante et la supra-marginale : la première était un peu atrophiée, comme par une compression. Le fragment osseux était enchâssé dans les vaisseaux de la pie-mère : de petits fragments de plomb y adhéraient encore. Le coup de feu au crâne datait de 1857 : la guérison avait été prompte et complète, sans retentissement physique ou intellectuel. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

**VIII. La Topographie de la dégénérescence corticale des paralytiques généraux, et ses relations avec les centres d'association de Flechsig**; par K. SCHAFFER. (*Neurologisches Centralblatt*, XXI, 1902).

L'auteur a étudié par la méthode des coupes en séries colorées au moyen des procédés de Weigert et Wolters le cerveau de déments paralytiques, c'est-à-dire de paralytiques généraux ayant présenté une mégalomanie sans couleur, de la dysarthrie, de la paralysie du facial et des pupilles. C'est ce qu'il appelle la paralysie générale typique. Il donne trois observations avec figures des coupes.

Les deux premières concernent la démence paralytique sans tabes. Le processus dégénératif est peu marqué : *a*) dans les frontales ascendantes et les frontales voisines; *b*) dans les lèvres de la fissure calcarine; *c*) dans les circonvolutions de passage temporo-

pariétales profondes de Broca ou transverses temporales de Heschl.

Il est extrêmement accusé : *a*) dans les parties antérieures et basales des frontales; *b*) dans tout le lobe pariétal; *c*) dans la pariétale ascendante; *d*) dans les circonvolutions temporales; *e*) dans l'insula. Les altérations du lobe occipital tiennent le milieu entre ces deux degrés.

La troisième observation de démence paralytique avec tabès, est caractérisée par : I. — une dégénérescence relativement faible : *a*) de la frontale ascendante, et de la frontale la plus proche; *b*) du coin; *c*,) de la première temporale et du premier pli de passage temporal profond ; *d*) du système des fibres de la corne d'Ammon. — II. une excessive dégénérescence; *a*) des frontales; *b*) de la pariétale ascendante et du lobe pariétal; *c*) de l'iusula; *d*) de la circonvolution du corps calleux ; *e*) des deuxième et troisième temporales. Cette observation, tout en se confondant, quant à la topographie de la dégénérescence avec les cas de paralysie générale typique, en présente cependant un développement plus intense.

Conclusions. Le fait dominant en l'espèce est l'intégrité relative des compartiments sensoriels centraux : la dégénérescence porte principalement sur les territoires des hémisphères que Flechsig a désignés sous le nom de centres d'association. Siemerling n'a-t-il pas dit que les fibres les plus résistantes à la lésion de la paralysie générale sont celles qui, chez le fœtus, se myélinisent les premières : or celles-ci correspondent presque exclusivement aux faisceaux sensoriels centraux, c'est-à-dire aux compartiments sensoriels centraux. (*Ueb. Markscheidenentwickelung d. Gehirns. Neurolog. Centralbl.*, 1898.)

Ramon y Cajal vient, d'autre part, de découvrir dans les centres sensoriels de l'écorce un plexus spécifique qui, composé de fibres centripètes, se termine dans l'écorce motrice (sphère tactile du corps de Flechsig) au niveau des cellules pyramidales de moyenne grosseur, et, dans l'écorce visuelle, au niveau des cellules nerveuses étoilées (*Studien ub. d. Hirnrinde d. Menschen. Bewengugsrinde*, 1900.) Ce plexus manque dans les centres d'association de Flechsig. L'écorce de la pariétale ascendante ne le possède pas non plus, et sa fine structure se rapproche plutôt de celle de l'écorce d'association.

Eh bien, nous voyons dans la paralysie générale la pariétale ascendante tout aussi dégénérée que les localités corticales typiques de Flechsig, autant à peu près que le lobe frontal et le lobe pariétal : cette allure contraste vivement avec l'intégrité relative de la frontale ascendante. En un mot, les caractères d'anatomie normale attestent, de concert avec la manière d'être pathologique, la nature associative de la pariétale ascendante.

La paralysie générale typique, accompagnée ou non de tabès, se traduit par un processus dégénératif qui porte de préférence sur

les territoires de l'hémisphère cérébral désignés par Flechsig comme des centres d'association.

Storch, de son côté, dans la paralysie générale atypique, dans celle qui se traduit moins par la démence, à peine marquée, que par des attaques congestives, trouve une intégrité relative du lobe frontal ; la dégénérescence corticale se limite ici au territoire des hémisphères qui a été le foyer de l'attaque congestive. (*Monatsschr. f. Psychiat. u. Neurolog*, 1901.) Storch mentionne des faits où il y avait eu monoplégie corticale, cécité corticale; surdité corticale : les altérations histologiques portaient spécialement sur la zone motrice, l'écorce visuelle (fissure calcarine), la première temporale. Ce sont les cas que Storch nomme paralysies générales atypiques; ils sont atypiques tant par leur localisation que par leur décours. Celles de ces observations dans lesquelles le lobe frontal est affecté se rapprochent cliniquement, proportionnellement aux altérations de ce lobe, de la paralysie générale démentielle, typique.

La paralysie générale *atypique* forme, en somme, le pendant de la paralysie générale *typique*. La première se traduit par un léger affaiblissement des fonctions d'association : intégrité des centres d'association de Flechsig; les centres sensoriels sont lésés, ce qui entraîne des troubles correspondants. Dans la seconde, prédomine la faiblesse des associations : il y a dégénérescence du territoire d'association de Flechsig; les centres sensoriels sont relativement épargnés.

Ces faits pathologiques militent en faveur de la théorie de Flechsig qui voit dans les territoires corticaux extrasensoriels des régions surtout associatives.

En relevant l'atteinte prééminente de la pariétale ascendante, qui doit être une écorce plutôt associative que sensorielle, en signalant l'intégrité relative non pas seulement de la frontale ascendante, mais aussi des parties contiguës des frontales, nous ne pouvons nous empêcher de rappeler que, dans la sclérose latérale amyotrophique, la plupart des altérations se rencontrent dans la frontale ascendante, dans la première frontale et dans la partie contiguë de la deuxième; à l'endroit où celle-ci passe dans la frontale ascendante la pariétale ascendante ne présente que des altérations modérées.(*Probst. z. d. fortschr. Erkrankung. d. motor. Leitungsbahnen. Archiv f. Psych.*, XXX.) Charcot et Marie, Kojewnikow et Mott ont aussi relevé que la pariétale ascendante était moins lésée que la frontale ascendante.

La paralysie générale épargne donc exactement le territoire de l'écorce que touche la sclérose latérale amyotrophique. Elle épargne encore régulièrement la zone visuelle et la zone auditive. Tout ceci indique que la *dégénérescence corticale de la paralysie générale est une affection élective de l'écorce du cerveau, qu'elle obéit à des lois, que ce n'est pas une lésion diffuse au hasard.* P. KERAVAL.

**IX. Observation de ramollissement bilatéral et symétrique du lobe frontal, accompagné de névrite optique**; par ZACHER. (*Neurolog. Centralbl.*, XX, 1901).

Ce foyer occupe exactement et exclusivement la moitié antérieure du lobe frontal ; il a détruit moins l'écorce que la substance blanche de ce lobe des deux côtés. Le reste du cerveau, y compris la protubérance et le bulbe, ne présente pas de grosse lésion. Les deux moitiés antérieures des deux lobes frontaux ont donc été réellement supprimées. Le malade ayant vécu plusieurs semaines à la suite de son ictus, on a pu faire la part des symptômes accessoires, dus à l'action à distance de la lésion qui occasionne l'ictus, et se rendre compte de ce qui appartient à la moitié antérieure des lobes frontaux.

Il ne saurait être question de troubles moteurs, de troubles sensitifs, de troubles de la parole. Les troubles de la parole et de la déglutition du début tenaient à une action à distance de la lésion ; ils ne tardèrent pas à disparaître. Les troubles des muscles des yeux furent trop mobiles et, ultérieurement, trop faibles pour qu'on pût les rattacher au foyer. La faiblesse marquée des muscles du tronc et de la nuque des premières semaines disparut également, ce qui prouve que le centre des muscles du tronc est plus près du foyer que celui des muscles des extrémités. En réalité, *il n'y a pas eu de symptômes de déficit somatiques.*

En revanche, on constata des *phénomènes psychiques persistants.* Ce furent : *a*) un trouble de l'attention entraînant de l'amnésie ; *b*) l'oubli de soi-même ; *c*) l'inémotivité ; *d*) l'esprit de saillie ; *e*) l'insouciance.

*a*) Incapable de se rien rappeler d'une heure à l'autre, le patient percevait cependant bien ce qui se passait autour de lui, comprenait nettement, jugeait exactement. Il reconnaissait les personnes à la voix (puisqu'il était aveugle), répondait judicieusement, mais ne pouvait indiquer qui lui avait en dernier rendu visite, ce que cette personne lui avait dit, ce qui s'était passé la veille, etc. A côté de cela, la mémoire du passé, du déjà vécu était intacte. L'appréciation du temps, de l'ordre de succession des événements, lui manquait.

*b*) Il ne semblait pas touché de ce qui se passait à son sujet, de ce qui lui arrivait ; jamais il ne parlait de ce qui pouvait lui manquer, de la raison pour laquelle il était placé en un autre milieu, des allées et venues de sa femme et de ses enfants qui n'étaient plus avec lui ; il ne s'étonnait pas de voir arriver un médecin qu'il ne connaissait point, un oculiste qui l'examinait en détail. Il n'était pas surpris de gâter et n'en témoignait pas de regret. Sa cécité, la gravité de son affection, ne l'ont jamais frappé ; il n'en disait rien, même quand on lui demandait des renseignements sur

sa vision ; jamais il n'a manifesté la moindre émotion à ce sujet. Son état morbide n'avait, semblait-il, pas pénétré dans sa conscience. Il dit un jour à un serviteur : « Allumez la lumière, il fait tout à fait sombre ».

*c*) Il percevait sans comprendre ce qu'il percevait. Comme il se fatiguait intellectuellement assez vite, comme on ne pouvait soutenir son attention longtemps, il était impossible d'analyser la perturbation de la personnalité. Les fonctions d'association étaient probablement troublées; à certaines sensations et impressions sensorielles ne se rattachait aucune ou ne se rattachaient que peu des idées habituelles et, par suite, ces sensations, ces perceptions ne faisaient plus aucune impression sur lui. Ainsi s'expliquerait et le défaut de toute réaction émotive et l'absence d'initiative, de vivacité d'esprit. Ce n'était pas un apathique, un indolent dans le sens ordinaire du mot, car il répondait généralement promptement et correctement dans un ton enjoué, avec assaisonnement de plaisanteries. Il était encore capable de renseigner vite et justement sur ses affaires et sa personne, de prendre des décisions correspondantes judicieuses, pourvu qu'il s'agît de choses se rapportant au passé. Seulement l'intelligence se fatiguait excessivement vite, de sorte qu'au bout de peu de temps il devenait inattentif, distrait, et souvent alors somnolait et même s'endormait profondément.

*d*) Fort humoristique, il faisait volontiers des remarques ou tenait des propos à prétention spirituelle, qui sentaient les farces des garçons cordonniers de Berlin. Ceci contrastait avec l'état piteux du malheureux. Il avait en réalité conservé l'habitude de railler, comme au temps de sa splendeur physique, où il employait volontiers le jargon berlinois, parce qu'il ne s'apercevait pas de sa triste position.

*e*) Le caractère, irritable dans les premiers temps, le poussait à envoyer aisément promener les gens ; il perdait vite patience. Plus tard, il était devenu d'une douceur, d'une insouciance remarquables.

L'*état des yeux* est tout aussi intéressant. L'étude anatomique indique une névrite optique compliquée de nombreuses hémorragies dans la papille et la rétine, et non une papille étranglée ordinaire, compliquée d'hémorragies. Quoi qu'il en soit, il est impossible de la rattacher aux foyers de ramollissement ; il n'existe pas ici de névrite optique descendante, et rien n'est en faveur d'une infection. Rien non plus ne permet d'admettre une névrite optique vraie. Il y avait donc en l'espèce simple coïncidence de foyers de ramollissement frontaux et de névrite optique bilatérale compliquée d'hémorragies.

La cécité et l'état du fond de l'œil qui, au début, pouvait fort bien représenter les premiers signes de la papille étranglée, firent,

de concert avec les accidents cérébraux, d'abord penser à une tumeur cérébrale. L'évolution fit abandonner ce diagnostic. Plus tard, les phénomènes cérébraux et leur marche imposèrent l'idée du foyer de ramollissement siégeant très probablement dans le cerveau antérieur. L'état des yeux ne s'y rattachait plus. On opina pour l'indépendance de l'affection cérébrale et de l'affection oculaire, ayant cependant pour cause commune l'athérome ou la thrombose des vaisseaux. Les nombreuses hémorragies à disposition spéciale qui siégeaient à l'intérieur et au pourtour de la papille proéminente firent soupçonner l'existence d'une éventualité rare, de la thrombose bilatérale de la veine ophtalmique. L'autopsie montra qu'il n'en était rien, qu'il s'agissait d'une névrite optique qui avait occasionné l'erreur de diagnostic en question à cause des hémorragies nombreuses occupant la papille et la rétine.

Cette observation doit en cette manière être rapprochée des exemples d'affection cérébrale ou spinale compliqués de névrite optique, dans lesquels on n'a pu constater à la genèse de la névrite optique de cause plausible, infectieuse ou autre ; on en trouve dans la bibliographie. P. Keraval.

**Kyste dermoïde du cerveau** ; par le professeur J. Halva.

L'auteur décrit un cas de kyste dermoïde, qui siégeait dans le lobe temporal et frontal de l'hémisphère droit chez un homme, épileptique, de quarante-six annéées. Le kyste dermoïde, était rempli de touffes de poils et de masses graisseuses. A l'examen microscopique, l'auteur trouva, que les parois du kyste étaient couverts d'épithélium pavimenteux sur une couche de tissu conjonctif sclérreux, qui contenait çâ et là du tissu osseux, des glandes séborroïques. Une trouvaille remarquable était un tissu, qui était composé de fibrilles sclérotiques et des cellules ressemblant à des cellules musculaires striées, comme on les trouve dans le *rhabdomyoma cordis*. Il s'agit donc d'un reliquat du cœur.

Vu ces tissus différents il ne s'agit pas d'une inclusion seulement de l'épiblaste, mais d'un enclavement de l'épiblaste et du mésoblaste appartenant à un deuxième fœtus. On ne peut pas caractériser ce kyste comme un kyste dermoïde simple, mais il faut le classifier d'après le procédé de Wilms et Marchand comme une tumeur tératoïde, c'est-à-dire comme un embryoma dermoïdal.

Le premier cas d'un kyste dermoïde du cervelet était publié par Clairat (*Gazette des hopitaux civils et militaires*, n° 42, 1838). — Un fait pour ce temps si bizarre, que la rédaction croyait nécessaire à ajouter sous la ligne : « Nous publions ce fait sous la garantie personnelle de l'auteur et sans oser nous prononcer en aucune manière ». D'autres cas de tératomie ou de kystes dermoïdes du cer-

veau ont été publiés par R. Maier Wood, Bathorst, Irvine, Strassmann et Strecker, Tannenhain, Przewosky, Saxer, y non compris les cas de kystes dermoïdes, qui se trouve dans la pie-mère cérébrale ou dans l'hypophyse ou dans la glande pinéale. (*Archives Bohèmes de médecine clinique*, a, 1902, t. III, fascicule 4).

---

# SOCIÉTÉS SAVANTES.

---

## SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

---

*Séance du 5 juin* 1902. — Présidence de M. Gombault.

### *Sur un cas de surdité verbale pure.*

MM. Déjerine et Thomas présentent un jeune garçon de onze ans, atteint de troubles de l'audition depuis six mois et de troubles de l'équilibre depuis deux mois, avec surdité verbale pure. Le père était alcoolique, l'enfant est intelligent mais nerveux, l'acuité visuelle est diminuée, il y a une ébauche de signe de Romberg et une légère altération de l'écriture. L'acuité auditive est normale, le bruit de la montre est entendu à une distance raisonnable, la conduction osseuse des sons est normale, l'orientation des bruits est normale aussi, l'enfant va ouvrir quand on sonne, comprend ce qu'il lit, comprend les jeux de physionomie, lit sur les lèvres ce qu'on lui dit, écrit facilement, mais ne comprend pas ce qu'on lui dit oralement. L'audition verbale seule est abolie. Il ne comprend plus que le mot *Gustave* qui est son prénom.

Les troubles de l'équilibre s'accentuent pendant le mouvement et l'attirent en oscillations en avant et en arrière surtout en montant un escalier. Dans les yeux, il n'existe qu'un peu de pâleur de la pupille, le champ visuel est normal. Il n'y a pas lieu de voir dans ce cas une surdité verbale fonctionnelle hystérique ni traumatique, bien que le sujet ait reçu près de l'oreille, il y a quelque temps, une pomme de terre lancée avec vigueur. S'agit-il d'une surdité verbale organique corticale, sous-corticale ou labyrinthique? les symptômes ne permettent pas de préciser. Il n'y a pas de vertige galvanique, mais les réactions vestibulaires sont intactes, il n'y a pas de signes cérébelleux, pas de paraphasie,

rien qui permette un diagnostic certain. L'origine organique semble seule pouvoir être affirmée sans plus ample explication.

M. Brissaud comptait justement présenter lui-même ce malade qu'il a examiné avec M. Bonnier et M. Péchin. Ce dernier a trouvé chez le patient une atrophie papillaire bi-latérale intense.

M. Bonnier, invité à parler, bien qu'étranger à la Société, a trouvé chez ce malade des lésions labyrinthiques anciennes, très accusées, et des lésions assez intenses de l'oreille moyenne avec paracousie marquée, surtout à gauche. L'enfant est obligé de faire effort pour entendre et comprendre, il saisit encore quelques mots et lit facilement sur les lèvres. Il y a chez lui des phénomènes suspensifs plutôt que des phénomènes de déchet organique. Les lésions oculaires qu'il présente correspondent aux lésions auriculaires anciennes qu'elles accompagnent souvent. Néanmoins les lésions labyrinthiques ne suffisent pas pour expliquer la surdité verbale pure. Il n'y a d'autre part aucun trouble du langage intérieur. Les lésions périphériques jouent en tout cas un grand rôle dans ce cas.

M. Babinski. L'examen voltaïque du vertige étant négatif, il y a une lésion bi-auriculaire.

*Facies de Sphinx dans la myopathie.*

MM. Gilbert Ballet et Delherm montrent deux malades affectés de myopathie chez lesquels on constate un facies assez particulier produit par l'élargissement de la base du cou, élargissement bilatéral chez le premier malade, unilatéral chez le deuxième. Cet élargissement dépend de la saillie du muscle trapèze, saillie qui paraît tenir elle-même à la prédominance d'action du faisceau supérieur (claviculaire) du muscle par suite de l'atrophie des faisceaux inférieurs.

Le cou ressemble à celui des statuettes égyptiennes, particulièrement du Sphinx, le trapèze rappelant l'aspect des bandelettes latérales qui, dans les statuettes en question, tombent de la coiffure. C'est la raison pour laquelle les auteurs proposent de désigner ce facies particulier de certains myopathiques sous le nom de facies de Sphinx.—MM. Déjerine et Marie : C'est la forme classique du cou dans les myopathies.

*Préparations d'un cas de névrite hypertrophique.*

MM. Déjerine et Thomas. Les symptômes ont été : ataxie avec atrophie musculaire et scoliose. La moelle épinière avait conservé son volume normal, il y avait des lésions des faisceaux de Burdach dans la région dorsolombaire et du cordon de Goll dans la

région cervicale. Les racines étaient molles, gélatineuses, lardacées; les nerfs périphériques étaient gros et durs. Les racines étaient faciles à dissocier, les nerfs résistants. Dans les racines, l'hyperplasie conjonctive n'est pas le principal phénomène, le rôle important est dévolu à la multiplication des tubes nerveux comme dans un véritable névrome. Dans les nerfs périphériques au contraire, l'hyperplasie conjonctive est énorme et les tubes nerveux sont très raréfiés. L'affection était familiale et, fait curieux, le phénomène d'Argyll-Robertson existait chez les trois malades atteints dans la famille, bien que pour l'un d'eux l'absence de syphilis fût prouvée. La névrite hypertrophique serait donc la seule affection pouvant donner le signe d'Argyll sans syphilis.

M. Meunier communique un cas d'*atrophie musculaire progressive*, avec contractures transitoires d'un membre.

MM. Egger et Déjerine communiquent *deux cas de paralysie radiculaire par arrachement, compliquée d'hématomyélie.*

*Sensibilité osseuse décelée par le diapason.*

M. Egger présente le diapason avec lequel il recherche la sensibilité osseuse et qu'il considère comme l'irritant spécifique des os. Les vibrations du diapason atteignent ceux-ci sans impressionner les parties molles interposées. Une tabétique dont la peau est demeurée sensible ne sent pas le diapason appliqué sur le tibia; au contraire, une malade atteinte de paraplégie spasmodique et qui a perdu toutes les autres sensibilités, a conservé sa sensibilité osseuse au diapason (ce qui expliquerait la non-flaccidité de sa paralysie). Il y a donc dissociation possible des autres sensibilités et de la sensibilité osseuse.

M. Dufour. En effet, la cocaïne qui anesthésie tous les autres tissus, n'anesthésie pas les os.

M. Touche montre les pièces d'un cas d'*hémiplégie infantile avec athétose.*

M. Brissaud présente un *doigt à ressort* très caractérisé chez un névropathe. Les chirurgiens n'ont-ils pas tort d'avoir, après tant d'autres choses, accaparé le doigt à ressort.

*Marteau automatique et gradué.*

M. Maurice Dupont présente un petit appareil qu'il a expérimenté dans le service de clinique de M. le professeur Joffroy pour la recherche et la mesure des *réflexes tendineux*. Cet appareil, à percussion automatique et graduée [1], se compose d'un petit mar-

[1] Cet appareil a été construit sur les indications de M. Dupont par la maison Mathieu.

teau-pilon actionné par un ressort dont la tension est réglée au moyen d'une tige d'acier graduée qui permet d'armer l'appareil. Le déclanchement du marteau a lieu sous la pression du doigt appuyé sur le déclic. Un autre ressort antagoniste du premier et plus faible, relève le marteau aussitôt sa course effectuée, de telle sorte que le choc instantané est à peine perceptible, et chose intéressante à noter, le réflexe a lieu avec un contact d'une durée inappréciable.

M. Dupont fait voir sur des photographies les points d'élection à utiliser pour appliquer l'appareil afin d'obtenir des résultats comparables et dans des positions déterminées sur le corps à nu. En recherchant les réflexes avec la force la plus faible, on peut établir une *courbe* qui a son intérêt dans des maladies à marche lente comme le tabes.

Cet appareil aura son utilité à l'hôpital et pour l'enseignement puisqu'il permet de mettre en évidence la différence dans l'état des réflexes sur un même malade de chaque côté du corps sans qu'on puisse faire intervenir la différence dans le mode de percussion. L'application de cet appareil se prête particulièrement à la recherche des réflexes du masséter, du carpe, etc, plus délicats à obtenir avec le marteau classique.

M. Pagniez montre les photographies d'un cas d'*hémiplégie avec aphasie sensorielle*.

M. Halipré envoie une observation de *syndrome d'Adam-Stokes*.

F. Boissier.

---

# BIBLIOGRAPHIE

---

I. *Essai sur l'hémiplégie des vieillards;* par Jean Ferrand. Thèse 1902. J. Rousset, éditeur.

Jean Ferrand étudie, d'après l'enseignement de M. Pierre Marie, l'hémiplégie des vieillards et sa lésion anatomique : les lacunes de désintégration cérébrale.

On appelle du nom de *lacunes* les pertes de substance déterminant une cavité plus ou moins volumineuse dans le cerveau. Leur description anatomique et clinique, bien qu'elles aient été signalées çà et là antérieurement par quelques auteurs, date de la communication de P. Marie au Congrès de médecine de 1900. On les observe dans les noyaux centraux, surtout dans le noyau lenticulaire, et elles apparaissent nettement sur une coupe de Flechsig.

Quelquefois elles sont multiples et disséminées. Elles ont des dimensions variant de celles d'une lentille à celles d'un haricot. Leur cavité est remplie d'un liquide lymphatique, d'éléments nerveux (fibres et cellules névrogliques), d'éléments figurés du sang; elle est traversée par un vaisseau qui en constitue l'axe.

La lacune est formée par une raréfaction du tissu cérébral autour d'une artériole, perméable, présentant quelquefois des corps granuleux dans sa tunique moyenne. Elle semble liée à l'artériosclérose et différente de l'hémorragie, du ramollissement et des encéphatites déjà décrites. Elle doit être différenciée de l'état criblé du cerveau de Durand Fardel qui est un aspect normal dû aux artérioles, de la porose cérébrale en fromage de gruyère qui est due probablement à des altérations cadavériques.

Les lacunes produisent chez les vieillards une hémiplégie à symptomatologie particulière. Le tableau clinique est le suivant : ictus sans perte de connaissance; hémiplégie partielle, incomplète, dysarthrie ; conservation du sens stéréognostique. Tous ces phénomènes sont transitoires et il n'en subsiste pour caractériser le « *lacunaire* » que quelques troubles : la « marche à petits pas », l'impossibilité de boutonner un vêtement avec la main qui a été paralysée, l'impossibilité d'occlusion isolée de l'œil de ce côté, l'amnésie. Le lacunaire peut guérir définitivement ou avoir plusieurs ictus qui le conduisent au gâtisme (alitement permanent, incontinence d'urine et de matières, eschares); il peut succomber à l'hémorragie cérébrale, lésion qui est peut-être née de la lacune. Les lacunes sont fréquentes : elles expliquent 75 p. 100 des hémiplégies chez les vieillards, l'hémorragie se rencontrant dans 15 p. 100 des cas et le ramollissement dans 10 p. 100.

La thèse de Ferrand, par l'exposé clair et par les beaux clichés qu'elle contient, met au point une des questions les plus importantes de l'anatomie pathologique du système nerveux.

O. Crouzon.

II. *Les enfants retardataires;* par le Dr Apert. (*Les actualités médicales*, vol. in-16, de 96 p., J.-B. Baillière et fils.)

Le volume de M. Apert est un essai de mise au point de cette question si intéressante des retards de développement. Pour en arriver à cette conclusion que la thérapeutique n'est pas impuissante en face de ces manifestations, l'auteur décrit un certain nombre de types un peu arbitraires, il faut l'avouer, ce défaut provient de ce que l'auteur n'a pas suffisamment comparé entre eux les sujets groupés par lui sous le nom de retardataires [1]; il

[1] On se demande pourquoi créer ce nouveau terme? Le mot *arriéré*, quoi qu'en dise M. Apert, n'est nullement synonyme d'idiot et la confusion n'est faite que par ceux qui ne fréquentent pas les asiles spéciaux.

eût été nécessaire pour cela d'observer un plus grand nombre de ces malades et d'en suivre l'évolution. C'était facile, eu égard à la fréquence de ces types dans nos asiles et en particulier à Bicêtre où M. Bourneville consacre la matinée du samedi à montrer les résultats qu'on peut espérer du traitement médico-pédagogique bien conduit et longtemps. De ce fait la valeur clinique du livre est très diminuée. Pourquoi par exemple affirmer qu'il faut distinguer « entre les malformations acquises dues à des lésions cérébrales survenues dans la vie fœtale ou dans la première enfance, comme cela se fait chez les idiots proprement dits et les simples stigmates de dégénérescence que l'on observe si fréquemment chez les arriérés... Les idiots ne présentent-ils donc pas des stigmates de dégénérescence? Ces déformations céphaliques, ces anomalies si fréquemment constatées, n'ont-elles pas le droit d'être considérées comme telles? Un arriéré, même un arriéré placé au voisinage de l'état normal, est souvent devenu ainsi parce que une lésion de ses centres nerveux a existé à un moment donné. Il a eu la chance que cette lésion fût légère, ou peu étendue, ou évoluât heureusement. Mais chez un idiot profond, la lésion peut aussi rétrocéder, et il n'est heureusement pas rare que des sujets qui étaient en bas-âge dans un état de déchéance navrante présentent dix ans après des signes d'une simple arriération. Cette distinction de M. Apert n'est donc pas basée sur une observation personnelle et suffisante [1].

Pour ne pas insister sur ce sujet trop longuement, déclarons que les autres chapitres de ce livre sont extrêmement étudiés et extrêmement documentés. L'auteur y a réuni toutes les notions relatives à la question. Les causes du retard, la pathogénie de l'affection, son anatomie pathologique sont exposées avec clarté et précision. M. Apert donne un excellent conseil en demandant que les arriérés soient mensurés; on se demande même pourquoi il n'a pas cru devoir prendre sur les divers sujets qu'il a été à même d'examiner, les mensurations qu'il recommande?

Les conclusions sont excellentes et il faut louer l'auteur de contribuer à faire connaître au corps médical qu'un traitement bien compris redonnera dans la société humaine une place à ceux qui l'avaient perdue par suite d'une maladie.

III. *Diagnostic des maladies de la moelle. Siège des lésions*; par le Professeur Grasset. (*Les actualités médicales*, 1 vol., 96 pages, J.-B. Baillière, éditeur.)

Etant donné un malade chez lequel on a reconnu une maladie de la moelle, comment peut-on cliniquement déterminer le siège précis de l'altération médullaire?

[1] On trouvera de nombreux documents dans les 21 volumes des *Comptes rendus* du service des enfants de Bicêtre.

C'est à cette question que l'auteur apporte une réponse avec sa compétence ordinaire.

Dans un premier chapitre, il étudie la séméiologie des systèmes de la moelle, c'est-à-dire les signes auxquels on reconnaît le siège de l'altération médullaire dans tel ou tel système de cet organe. C'est ainsi que sont successivement passés en revue :

1° Le syndrome des cordons postérieurs : troubles sensitifs et ataxie ; 2° le syndrome des cordons antéro-latéraux : état paréto-spasmodique, contractures et tremblement intentionnel ; 3° le syndrome associé des cordons postérieurs et latéraux : état ataxospasmodique ; 4° le syndrome des cornes antérieures : atrophie musculaire ; 5° le syndrome associé des cordons latéraux et des cornes antérieures : atrophie musculaire spasmodique ; 6° le syndrome de la substance grise centro-postérieur : dissociation, dite syringomyélique, des sensibilités (et troubles vasomoteurs) ; 7° le syndrome associé des cornes antérieures et de la substance grise centro-postérieure (syndrome de l'entière substance grise) ; atrophie musculaire, dissociation dite syringomyélique des sensibilités et troubles vaso-moteurs ; 8° le syndrome d'une moitié latérale de la moelle : hémiparaplégie croisée.

Dans un second chapitre, l'auteur fait l'étude du diagnostic de siège des lésions, en hauteur. Après avoir établi les principes généraux du diagnostic en hauteur, il examine successivement le syndrome radiculo-segmentaire du cône médullaire ; le syndrome radiculo-segmentaire de la moelle sacrée : le syndrome radiculaire de la moelle lombaire; le syndrome métamérique ou segmentaire de la moelle lombo-sacrée ; le syndrome radiculaire de la moelle dorsale ; le syndrome métamérique ou segmentaire de la moelle dorsale ; le syndrome radiculaire de la moelle brachiale ; le syndrome segmentaire ou métamérique de la moelle brachiale et enfin le syndrome de la moelle cervicale. E. B.

---

# VARIA.

## Douzième congrès des médecins aliénistes et neurologistes

*Session de Limoges.*

### PROGRAMME

Vendredi 1er août. — 9 heures, séance solennelle d'ouverture du Congrès, à l'hôtel de ville. — 10 h. 1/2, visite du musée-bibliothèque. — 2 heures, séance à l'Ecole de médecine ; installation du bureau.

Discussion de la 1re question du programme : *Des états anxieux dans les maladies mentales.* — *Rapporteur :* M. Lalanne, de Bordeaux. — 8 heures, réception à l'hôtel de ville.

Samedi 2. — 9 heures, séance à l'Ecole de médecine. — Discussion de la 2e question : *Les tics en général.* — *Rapporteur :* M. Noguès, de Toulouse. — 2 heures, continuation de la discussion ; communications diverses ; désignation du siège du prochain Congrès et élection du président. — Le soir, banquet du Congrès par souscription.

Dimanche 3. — Excursion à la Mure ; retour en voiture par les lacs de Laffrey.

Lundi 4. — Visite de l'asile de Saint-Robert : 8 h. 1/2, visite de la ferme ; 10 heures, visite de l'asile ; déjeuner offert par le Conseil général ; 2 heures, séance à l'asile ; communications diverses.

Mardi 5. — 9 heures, séance à l'Ecole de médecine. — Discussion de la 3e question : *Les auto-accusateurs au point de vue médico-légal.* — *Rapporteur :* M. Ernest Dupré, de Paris. — 2 heures, communications diverses.

Mercredi 6. — Départ de Grenoble en chemin de fer pour la Grande-Chartreuse par Voiron et Saint-Laurent-du-Pont ; visite de la fabrique de liqueurs à Fourvoirie ; déjeuner à Saint-Pierre-de-Chartreuse. — 2 heures, départ pour le couvent : visite du couvent et séance ; communications diverses. (Les dames ne sont pas admises à l'intérieur du monastère). Excursion très facile et facultative à Notre-Dame-de-Casalibus et chapelle de Saint-Bruno. Retour et coucher à Saint-Pierre-de-Chartreuse.

Jeudi 7. — Excursions au choix : 1° ascension au Grand-Som (2 033 mètres d'altitude). Se munir de bonnes chaussures ferrées ; 2° excursion facile au habert de Malamille. Vu les nombreux sous-bois, MM. les amateurs photographes feront bien de se munir de plaques orthochromatiques. Déjeuner général à Saint-Pierre-de-Chartreuse. Fin du Congrès. Retour en voiture à Grenoble par le Sappey. (Si un certain nombre de congressistes le désirent, une excursion aura lieu le vendredi 8, à Bourg-d'Oisans, point de départ de nombreuses excursions dans la haute montagne.)

Observations. — I. Les membres du Congrès sont priés de faire connaître immédiatement au secrétaire général s'ils ont l'intention de prendre part à la réception de l'hôtel de ville, à l'excursion à la Mure, aux banquets du Congrès et de l'asile, à l'excursion à la Chartreuse et à l'ascension du Grand-Som.

II. — MM. les adhérents qui désireront profiter des réductions accordées par les Compagnies de chemins de fer, sont invités à adresser directement, *avant le 6 juillet*, à M. le Dr Régis, président du Congrès (154, rue Saint-Sernin, à Bordeaux, Gironde), l'indication : 1° de leur nom et adresse, lisiblement écrits ; 2° de leur gare

de départ et, si le voyage exige un trajet sur plusieurs réseaux, de la gare de départ sur chaque réseau. Chaque Compagnie délivrera un coupon spécial pour la partie du trajet qui la concerne; 3° de la classe en laquelle ils désirent effectuer le voyage. Le retour doit être effectué par la même voie que l'aller. — Les dames n'ont pas droit à la réduction.

III. — MM. les adhérents sont priés d'envoyer au secrétaire général les titres des communications qu'ils se proposent de faire.

IV. — Nous prions MM. les congressistes qui ne nous ont pas encore envoyé leurs cotisations de vouloir bien nous les adresser au plus tôt, afin d'éviter des frais de recouvrement.

V. — Le secrétaire général se met à la disposition de MM. les congressistes pour les renseignements dont ils auraient besoin.

### Concours pour l'emploi de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés

Le président du Conseil, ministre de l'Intérieur et des Cultes, — Sur la proposition du conseiller d'Etat, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques; — Vu la loi du 30 juin 1838, l'ordonnance du 18 décembre 1839, les décrets des 6 juin 1863 et 19 octobre 1894; — Vu les arrêtés ministériels des 18 juillet et 24 octobre 1888 et des 12 juin 1899 et 7 mars 1900; — Vu l'avis du Comité des inspecteurs généraux en date du 10 décembre 1901, arrête :

Article premier. — Un concours pour l'admission aux emplois de médecin adjoint des Asiles publics d'Aliénés s'ouvrira à Paris, le lundi 10 novembre 1902.

Art. 2. — Les candidats devront être Français et docteurs en médecine d'une des facultés de l'Etat, avoir satisfait a la loi sur le recrutement de l'armée et ne pas être âgés de plus de trente-deux ans, au jour de l'ouverture du concours; ils devront justifier d'un stage d'une année, au moins, soit comme internes dans un asile public ou privé consacré au traitement de l'aliénation mentale, soit comme chefs de clinique ou internes des hôpitaux nommés au concours.

Leur demande devra être adressée au ministre de l'Intérieur, qui leur fera connaître si elle est agréée et s'ils sont admis à prendre part au concours. Elle devra parvenir le jeudi 9 octobre 1902, au plus tard, au ministère de l'Intérieur (1er bureau de la direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 7, rue Cambacérès, qui est exclusivement chargé de l'organisation du concours).

Cette demande sera accompagnée de l'acte de naissance du postulant, de ses états de service et d'une note résumant ses titres et travaux scientifiques, ainsi que des pièces faisant la preuve de son stage et de l'accomplissement de ses obligations militaires.

Art. 3. — Le jury chargé de juger le résultat du concours sera composé comme suit : 1° un inspecteur général des services administratifs du ministère de l'Intérieur, désigné par le ministre, président; 2° trois professeurs, agrégés ou chargés de cours des maladies mentales, en exercice dans des Facultés ou Écoles de médecine de l'État ; 3° trois directeurs médecins ou médecins en chef d'asiles publics d'aliénés ou de la maison nationale de Charenton ; 4° enfin, un juré suppléant pris parmi les directeurs médecins ou médecins en chef des mêmes établissements. Tous les jurés seront désignés par le ministre de l'Intérieur, sur la proposition du Comité des inspecteurs généraux.

Les professeurs, les agrégés ou les chargés de cours seront choisis dans des Facultés ou Écoles différentes. Les directeurs médecins et les médecins en chef devront eux-mêmes être pris dans des établissements différents et, en outre, appartenir à des asiles situés hors du ressort des Facultés qui auront fourni les professeurs, les agrégés ou les chargés de cours. En cas d'absence, le président est remplacé par un autre inspecteur général des services administratifs désigné par le ministre de l'Intérieur.

S'il se produisait plusieurs absences parmi les autres membres du jury, il serait fait appel au juré suppléant pour remplacer le premier juré absent et les épreuves continueraient, de plein droit, avec les membres restants.

Art. 4. — Les épreuves seront toutes subies à Paris, sous le contrôle de l'inspecteur général, président. Les épreuves écrites sont éliminatoires. Les épreuves sont au nombre de cinq, savoir : 1° une question écrite portant sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, pour laquelle il sera accordé trois heures aux candidats; le maximum des points sera de 30 ; 2° une question écrite portant sur l'organisation des asiles publics d'aliénés et sur la législation des aliénés, pour laquelle il sera accordé deux heures; le maximum des points sera de 10 ; 3° une question orale portant sur la médecine et la chirurgie en général, pour laquelle il sera accordé vingt minutes de réflexion et quinze minutes d'exposition ; le maximum des points sera de 20 ; 4° une épreuve clinique sur deux malades aliénés. Il sera accordé trente minutes pour l'examen des deux malades, quinze minutes de réflexion et trente minutes d'exposition. L'un des deux malades sera plus spécialement examiné au point de vue médico-légal ; le maximum des points sera de 30. Aucun des candidats ne pourra subir cette épreuve dans l'asile auquel il appartient ou aura appartenu depuis moins de trois ans; 5° une épreuve sur titres. Le maximum des points sera de 10 pour cette épreuve et les points devront être donnés au début de la séance de correction des épreuves écrites. Il sera tenu compte de ces points en vue de l'admissibilité des candidats aux épreuves orales et cliniques.

Art. 5. — Le nombre des places mises au concours est fixé à dix : il ne pourra, dans aucun cas, être dépassé. Aucun délai n'est garanti pour la nomination des candidats reçus au concours. Au fur et à mesure des vacances d'emploi qui se produiront dans les asiles d'aliénés, les candidats déclarés admis seront nommés suivant l'ordre de classement par mérite établi par le jury. C'est à partir du jour de l'installation effective du médecin adjoint que commenceront à courir ses services. Les avancements de classe pourront être accordés par le ministre, savoir : aux directeurs médecins et médecins en chef, après trois ans de stage, au minimum, dans la classe inférieure ; aux médecins adjoints, après deux ans, au minimum, dans la classe précédente.

Art. 6. — Sont et demeurent abrogées les dispositions antérieures du présent arrêté, notamment celles de l'article 8 du 7 mars 1900, qui dispensait du concours le chef de clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale à la Faculté de médecine de l'Université de Paris. Ce dernier se trouvera désormais soumis aux mêmes conditions que les autres candidats.

Art. 7. — Le conseiller d'Etat, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Paris, le 9 mai 1902.

WALDECK-ROUSSEAU.

*Annexe de l'arrêté du 9 mai 1902.* — En vertu du décret du 19 octobre 1894, les cadres et traitements des directeurs médecins, médecins en chef et médecins adjoints des asiles publics d'aliénés ont été établis ainsi qu'il suit :

| CADRES | TRAITEMENTS |
|---|---|
| 1° *Directeurs médecins.* | |
| Classe exceptionnelle | 8.000 fr. |
| 1re classe | 7.000 |
| 2e classe | 6.000 |
| 3e classe | 5.000 |
| 2° *Médecins en chef.* | |
| Classe exceptionnelle | 8.000 fr. |
| 1re classe | 7.000 |
| 2e classe | 6.000 |
| 3e classe | 5.000 |
| 3° *Médecins adjoints.* | |
| Classe exceptionnelle | 4.000 fr. |
| 1re classe | 3.000 |
| 2e classe | 2.500 |

A ces traitements s'ajoute la jouissance des avantages en nature déterminés par le règlement (logement, chauffage, éclairage).

### Les aliénés en liberté.

Sous ce titre : *Un fou dangereux*, le *Progrès de l'Eure* du 13 mai relate le fait suivant :

« La gendarmerie a conduit hier matin à Bernay, pour être interné à l'hospice, un nommé Anquetin, journalier, âgé de soixante ans, qui, atteint d'aliénation mentale depuis plusieurs années, est devenu tout à coup dangereux. Avant-hier, il s'était rendu chez le maire de la commune et après avoir jeté des pierres dans la porte, l'avait menacé de son fusil. »

Cet homme aurait dû être hospitalisé « depuis plusieurs années », c'est-à-dire au début de sa maladie. On s'y décide parce qu'il a voulu attenter à la vie de *M. le Maire*, qui aurait pu payer de sa vie son incurie, car il aurait dû faire interner son administré. Il est probable que s'il ne l'a pas fait plus tôt, c'est afin d'économiser une dépense à sa commune. Rappelons que la loi du 30 juin 1838 n'est pas seulement une loi de police, mais aussi et surtout une *loi de bienfaisance* et d'assistance.

### Hospitalisation des idiots

Sous ce titre : l'*Immoralité à la campagne*, le *Bonhomme Normand* du 8 mai relate le fait suivant : « François Lecœur, trente-six ans, journalier, à Sainte-Marguerite-de-Viette, a de singulières manières quand il est *ivre*. Il ne peut rencontrer une petite fille sans se livrer devant elle à des actes coupables. La jeune Charlotte Lepuyader, quatorze ans, servante, revenait de la messe à Livarot, lorsqu'elle rencontra Lecœur, qui se déboutonna devant elle en essayant de l'entraîner avec lui. La fillette se sauva et raconta les faits à son maître qui porta plainte. L'enquête a établi que Lecœur *était un peu idiot*. Le tribunal correctionnel de Lisieux l'a condamné à deux mois de prison, avec la loi Bérenger. »

*Attentat à la pudeur.* — Ces jours-ci, deux petites filles d'Eturqueraye revenaient de l'école de Brestot, lorsque le nommé Joseph Langlois, âgé de trente-cinq ans et *idiot*, prit dans ses bras l'aînée, âgée de neuf ans et demi, et l'ayant emportée dans un herbage. commit sur elle un attentat à la pudeur. Il paraît, de son propre aveu, que c'est le troisième fait de ce genre commis par cet irresponsable. Sa mère a promis de le surveiller. (*Le Progrès de l'Eure*, 10 juin 1902.)

*Outrage public à la pudeur et tentative de viol sur une idiote.* — Joseph Leneveu, trente-six ans, terrassier à la construction de la ligne du tramway de Caen à Falaise, avait entraîné une jeune fille *n'ayant pas sa raison* et essayait d'abuser d'elle dans une écurie de Fontaine-le-Pin, près Langannerie, lorsqu'il fut arrêté par le sieur Leroy, cultivateur. Leneveu, qui était ivre, a été condamné par le tribunal correctionnel de Falaise à trois mois de prison et à 16 francs d'amende pour outrage public à la pudeur (*Bonhomme Normand* du 22 mai).

Tous ces cas montrent la nécessité de l'hospitalisation. Avec le traitement médico-pédagogique, quand les idiots sont jeunes, on peut les améliorer, même les guérir.

### Nécessité de l'hospitalisation des épileptiques

Nous avons retrouvé récemment plusieurs faits qui auraient dû être publiés plus tôt. Ils n'en sont pas moins démonstratifs, bien que n'étant pas d'actualité.

Un triste accident a mis en émoi, le jour de Noël, les habitants de la route d'Evreux à Louviers. La femme Filâtre, journalière, âgée de soixante-deux ans, a été trouvée par son mari, vers sept heures du soir, à moitié carbonisée près de son poêle renversé. Les voisins ont aidé Filâtre à relever le cadavre de sa femme, dont les chairs tombaient en lambeaux. Comme cette malheureuse était sujette à des *attaques d'épilepsie*, on suppose qu'elle sera tombée sur le poêle, qui, en se renversant sur elle, aura mis le feu à ses vêtements. (*Rappel de l'Eure*, 1er janvier 1895.)

La gendarmerie de Montargis, sur la demande du maire de Châlette, s'est transportée au hameau du Vésine à l'effet de constater la folie furieuse dont venait d'être frappé un nommé Terroux (Michel), âgé de trente et un ans, ouvrier à la fabrique de Langlée, commune de Châtelette. Le médecin, M. le docteur Vialette, appelé immédiatement, a déclaré que Terroux était atteint de *folie épileptique* et que son admission à l'hospice de Montargis était urgente. Ce qui a été fait immédiatement. Terroux est sujet suisse, il est né à Genève le 18 juin 1864. Il est marié et père de famille. (*Le Républicain orléanais*, 26 juillet 1895.)

Toute la maison du n° 9, rue des Savonnières, était en émoi hier soir, entre 8 heures et demie et 9 heures, au sujet de la locataire du premier étage, Emma M..., âgée de trente ans, qui se tordait dans de terribles convulsions. Effrayés, les voisins crurent à un empoisonnement, cette personne ayant tenté de se suicider il y a quelque temps. On courut sur la place d'Armes quérir des gardiens de la paix de service, qui se transportèrent dans la maison

et firent prévenir M. le docteur Guiol. Le médecin légiste constata que Emma M..., était en proie à une violente *crise épileptiques* et ordonna son envoi à l'hôpital civil. Une voiture transportait quelques instants après la malade dans cet établissement. (Le *Petit Var*, 1er septembre 1895.)

Hier lundi, vers 7 heures du soir, un malheureux, *atteint d'épilepsie*, après s'être présenté chez un manufacturier du Vouldy, fut pris subitement d'une crise épileptique et tomba sur la chaussée boueuse en se tordant dans d'horribles souffrances.

La police, informée du fait, lui vint en aide et le transporta dans une voiture à bras au bureau central où il reçut les soins que réclamait son état. Le pauvre malheureux, ayant enfin recouvert l'usage de ses sens, fut reconduit à son domicile. (Le *Petit Troyen* du 14 novembre 1895.)

Un club de Genève avait organisé une course au Vergys, montagne située aux environs de Bonneville et dont l'ascension comporte la traversée d'une arête très dangereuse. Au dernier moment, un jeune Allemand, nommé Kirschfinck, âgé de vingt-six ans, ouvrier tapissier, vint demander aux excursionnistes de se joindre à eux. Ces derniers acceptèrent, ignorant que leur nouveau compagnon était *épileptique*.

Arrivé sur la fameuse corniche, appelée Arête-Verte, tout à coup Kirschfinck pâlit, grinça des dents et se mit à gesticuler, en proie à une crise occasionnée sans doute par la fatigue et la marche. Ses compagnons se précipitèrent et essayèrent de le maintenir par la force sur l'étroit espace où il se tordait, mais dans un spasme violent, le malheureux leur échappa des mains et roula dans le vide. Après avoir rebondi sur une pente glacée, le corps vint s'abattre sur un banc de rochers à une centaine de mètres en contre-bas. On ne releva qu'un cadavre, le malheureux avait le crâne fracassé, la colonne vertébrale et une jambe brisées en plusieurs endroits. (*Lanterne*, 25 mars 1899.)

— On a découvert dans le bois de Damelevières (Meurthe-et-Moselle) un journalier de Lunéville, Charles Labarthe, cinquante-quatre ans, gelé jusqu'à la ceinture. Il s'était rendu en forêt le 2 janvier dernier lorsqu'il fut frappé d'une crise d'*épilepsie*. Quand il recouvra ses sens, Labarthe ne put reprendre le chemin de la maison; il avait les jambes gelées et pouvait à peine se traîner. Le malheureux, depuis lors, dut se nourrir de racines péniblement arrachées au sol durci, et il serait infailliblement mort de faim si on ne l'avait point découvert. Le journalier a été transporté à l'hôpital dans un état très grave. (*Bonhomme Normand* n° 6, 1902).

Dans un café, hier, vers onze heures trois quarts du soir, un consommateur, M. Eugène I..., vingt et un ans, étudiant à Aix et

de passage dans notre ville, a été pris d'une violente *crise épileptique*. M. le Dr Daspres et un ou deux de ses confrères lui ont prodigué des soins. M. I... a été ensuite conduit en voiture à l'hôpital civil; mais à son arrivée, une sensible amélioration s'étant produite dans son état, il est rentré à l'hôtel. (*Petit Var* du 21 novembre 1895.)

Un passager, natif des environs de Montargis, était pris subitement, presque en face de la maison d'école de Givraines, d'une *attaque d'épilepsie*. Il tomba sur le milieu de la route. Il fut relevé par le garde champêtre et M. Greloux. Après lui avoir donné les soins nécessaires et qu'il eut repris complètement connaissance, il fut conduit chez M. Labrosse, aubergiste, où il mangea d'un assez bon appétit, puis il se dirigea sur Beaumont. (*Le Républicain orléanais*, 23 décembre 1895.)

Les épileptiques doivent être hospitalisés, traités avec soin, occupés à des travaux manuels (ateliers, fermes). Si les accès deviennent très rares, ils peuvent retourner chez eux. S'ils retombent malades, ils doivent être réhospitalisés sans difficulté. B.

---

# FAITS DIVERS.

Asiles d'aliénés. — *Mouvement d'avril*. — M. Gruhier, directeur de l'asile d'aliénés de Rennes, nommé directeur de l'asile d'aliénés de Maréville (Meurthe-et-Moselle), en remplacement de M. Bresson non acceptant et admis à faire valoir ses droits à la retraite; — M. le Dr Dezwarte, médecin-adjoint à l'asile de Bailleul, promu à la classe exceptionnelle du cadre; — M. Cuvelier, économe de l'Institution nationale des sourds-muets de Paris, nommé directeur de l'asile d'aliénés de Rennes.

Nécrologie. — M. le Dr Meredith Clymer, ancien professeur des maladies nerveuses à l'Albany Medical College. — Nous avons le vif regret d'apprendre la mort de M. le Dr Falret. Nous lui consacrerons une notice biographique dans notre prochain numéro.

Quartier d'aliénés de Gaillon.— Le ministre de l'Intérieur vient de prendre une décision d'après laquelle le quartier spécial d'aliénés et épileptiques de Gaillon, installé dans une des dépendances de l'ancienne maison centrale, cessera, à dater du 1er janvier 1903,

de faire partie des services de l'administration pénitentiaire, pour dépendre, comme établissement national de bienfaisance, des services de l'Assistance et de l'Hygiène publiques. Ajoutons que, depuis plusieurs mois déjà, la direction provisoire de cet établissement est confiée à M. le Dr Leroy, le distingué médecin de l'asile de Navarre (*Progrès de l'Eure*, 13 mai).

Le directeur de l'asile des aliénés de Tournai blessé par un fou. — M. le Dr Lentz, directeur de l'asile des aliénés, faisait sa tournée habituelle, quand, arrivé dans le quartier de sûreté où sont enfermés les plus violents, un de ceux-ci sauta sur le médecin et avant que les gardiens aient pu l'empêcher, lui porta dans le ventre un coup de grosse aiguille qu'il tenait dissimulée. On maitrisa l'aliéné. M. Lentz, ensanglanté fut reconduit à son habitation. La blessure n'est pas grave. (*Journal d'accouchements* du 15 juin 1902.)

Enfants assassins. — Un élève du gymnase de Batoum (Russie), nommé Kavkhadze, douze ans, avait frappé récemment de deux coups de couteau Mlle Arnoldi, maîtresse de langue française dans cet établissement, et l'avait grièvement blessée. La malheureuse institutrice est morte après d'horribles souffrances. (*Bonhomme Normand*, du 19 juin 1902.) — La cour d'assises d'Oran vient de juger un jeune Arabe, âgé de treize ans, qui avait tué son père d'un coup de fusil pour se venger d'une correction qui lui avait été infligée. Elle l'a condamné à l'internement dans une maison de correction jusqu'à sa majorité. (*Indicateur de Cognac*, 5 juin 1902.) — A Berlin (Prusse), un enfant de cinq ans laissé seul avec sa petite sœur de trois mois, l'a tuée à coups de couteau. (Le *Bonhomme Normand*, 28 février 1902.)

Bestialité d'un enfant. — Un gamin de treize ans, Jules Marie dit Cabriolet, demeurant à Maisy, canton d'Isigny, a été surpris au moment où il commettait un acte ignoble de bestialité sur un mouton.

Un monstre de neuf ans. — La police de Dresde poursuit depuis quelque temps une enquête sur ce fait que, dans l'espace d'un an, plusieurs enfants sont tombés dans l'Elbe et s'y sont noyés.

Elle a constaté que tous ces accidents sont dus à la malveillance et que le coupable est un enfant de neuf ans, fils d'un balayeur de rues, dans le faubourg de Pieschen.

Il y a trois jours encore, il a poussé l'enfant Piestch, de la berge dans l'Elbe. Un garçon de huit ans et une petite fille ont été ses victimes, il y a quinze jours.

Dans quatre autres cas, où des enfants avaient péri dans l'Elbe, on a établi la présence du précoce meurtrier. Ainsi, ce garçon de neuf ans aurait commis sept assassinats. (*Archives d'anthropologie*

*criminelle, de criminologie et de psychologie normale et pathologique* du 15 juin 1902.)

Suicide d'un adolescent. — Une couturière, Mme Lurin, qui habite 65, rue de Clichy, avait, hier, pendant le déjeuner, fait quelques remontrances amicales à son fils Charles, jeune homme de quinze ans, parce qu'il négligeait un peu ses études. L'enfant ne répondit pas et la petite scène fut presque aussitôt oubliée. A deux heures, Mme Lurin s'absenta, laissant son fils seul. Quand elle rentra, le soir, elle le trouva asphyxié dans sa chambre : l'enfant, désolé, s'était suicidé. A quinze ans! (*Journal* du 28 décembre 1895.)

Alcoolisme de l'enfance. — A Ivry, une fillette de quatre ans est morte dans d'atroces souffrances, après avoir bu le contenu d'une fiole de rhum laissée à sa portée. (*Bonhomme Normand* du 12 au 18 juillet 1900.)

---

Démonomane de Grèzes (Aveyron). — A propos de cette malade, rappelons à nos lecteurs la **Bibliothèque diabolique** du Dr Bourneville, 25 fr. peur nos abonnés.

---

# BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Graham Brown. — *Note on a new form of œsthesiometer*, extrait de *Journal of Physiology*.

Keller. — *Nyt Tidoskrift for abnormvœsenet omfattend aandssvage; Blinde og Vanfore-Sagen I Norden. Kobenhavn* 1902.

Babinski. — *Définition de l'hystérie.* Extrait de la *Société de Neurologie* de Paris.

Cappelletti. — *Die un nuovo ignotico fei malati dimenthe : Cloretone.* Extrait de la *Reforma Medica.* Rome, 1901.

Ladame (de Genève). — *La question de l'aphasie motrice sous-corticale.* Extrait de la *Revue neurologique*, in-8° de 6 pages.

Muggia. — *Sopra in caso di epilepsia tardiva in un alienato*, in-8° de 20 pages, Ferrara, 1901.

Leroy (Raoul). — *Contribution à l'étude de l'alcoolisme en Normandie, notes et documents sur le bilan de l'alcoolisme dans l'Eure au XIX siècle.* Evreux, 1901. Imprimerie Hérissey.

Kounidjy (P.). — *De l'extension et de son application dans le traitement des maladies nerveuses.* In-8° de 44 pages. Prix : 1 fr. 50 aux bureaux du *Progrès Médical.*

Chataloff (N.). — *Essai sur la classification pathogénique des maladies nerveuses.* In-8° de 6 pages. Extrait de la *Revue Neurologique.*

Pechin et Allard. — *Paralysie faciale et paralysie des mouvements*

*associés de la latéralité des globes oculaires du même côté. Examen électrique.* In-8° de 4 pages. Extrait de la *Revue Neurologique.*

ALLARD (F.). — *Contractilité et sensibilité électriques pendant l'analgésie chirurgicale par injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne.* In-8° de 6 pages. Extrait de la *Revue Neurologique.*

PACTET (F.) et COLIN (H.). — *Les aliénés dans les prisons (aliénés méconnus et condamnés).* Petit in-8° de 172 pages. Prix : 2 fr. 50. Masson et Cie, édit.

PROUST (A.). — *Traité d'hygiène, fascicule* I. In-8° de 500 pages. Masson et Cie, édit.

PINI (P.). — *L'epilessia. — Etiologia. — Patogenesi e cura.* — In-18 de 278 pages.

MORIN (J.). — *L'hystérie et les superstitions religieuses.* In-16 de 24 pages. Paris, 1902.

PERRIN (M.). — *Les polynévrites*, in-8° de 248 pages. Prix : 6 fr,

FOERSTER. — *Die physiologie und pathologie der coordination.* In-8° de 316 pages avec 63 figures. Iéna, 1902. Gustav Fischer, édit.

PYDNEY KUH. — *Treatment of acromegaly with pituitary corpus.* In-8° de 16 pages. Extrait du *The Journal of the American Medical Association.*

---

**AVIS A NOS ABONNÉS.**— *L'échéance du* 1er *JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs dont l'abonnement cesse à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de* 3 *p.* 100 *prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

*Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur* **sera présentée, augmentée des frais de recouvrement,** *à partir du* **15 Juillet.** *Nous les engageons donc à nous envoyer DE SUITE leur renouvellement par un mandat-poste.*

*Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.*

— *Nous rappelons à nos lecteurs que l'abonnement collectif des* **Archives de Neurologie** *et du* **Progrès Médical** *est réduit à* **28 francs** *pour la France et* **30 francs** *pour l'Étranger.*

*Le rédacteur-gérant :* BOURNEVILLE.

Evreux, Ch. HÉRISSEY, imp. — 6-1902.

Vol. XIV. Août 1902. N° 80.

# ARCHIVES DE NEUROLOGIE

## CLINIQUE NERVEUSE.

### Sur un cas de papillome épithélioïde du noyau rouge. — Contribution à l'étude des fonctions du noyau rouge ;

PAR

M. le Professeur RAYMOND ET M. Raymond CESTAN,
Ancien Chef de Clinique à la Salpêtrière.

(*Clinique nerveuse de la Salpêtrière*).

Des théories imaginées pour expliquer l'exagération du tonus musculaire et l'apparition de la contracture spasmodique consécutives aux lésions de la voie pyramidale, il en est une qui attribue au noyau rouge un rôle important, rôle producteur d'après elle de la force excitatrice du tonus que viendrait régulariser et tempérer l'action inhibitrice du faisceau pyramidal.

Or, nous rapportons ici dans ses détails une observation déjà présentée à la Société de Neurologie du 15 mai 1902, qui concerne une destruction complète du noyau rouge gauche accompagnée cependant d'exagération du tonus musculaire. Certes, les destructions du noyau rouge, bien que rares, ne sont pas exceptionnelles ; on les rencontre en effet très souvent dans le syndrome de Weber classique ; mais dans ce cas, ces destructions étant associées à des altérations prononcées de la voie pyramidale du pied du pédoncule, la méthode anatomo-clinique ne peut analyser les phénomènes et nous indiquer la fonction précise de l'une ou l'autre partie, noyau rouge ou faisceau pyramidal.

A ce point de vue, notre cas devient des plus importants,

sinon même tout à fait exceptionnel, puisqu'il consiste en un papillome primitif épithélioïde, qui a détruit le noyau rouge mais respecté entièrement les fibres pyramidales, donnant lieu ainsi à une variété un peu particulière de syndrome de Weber; il soulève donc deux discussions intéressantes, l'une d'histologie, l'autre de physiopathologie.

Observation. — T..., cinquante-sept ans. — *Début de la maladie en novembre 1900, par céphalées. Bientôt paralysie de toutes les branches de la troisième paire gauche; peu après, parésie des branches de la troisième paire droite. Pas de lésions du fond de l'œil. Légère faiblesse du bras et de la jambe droite. Exagération de tous les réflexes tendineux sans trépidation spinale, sans signe de Babinski. Asynergie cérebelleuse à droite. Troubles de la parole. Hypoesthésie du côté droit. Néoplasme ayant détruit le noyau rouge gauche et une grande partie du noyau rouge droit.*

T..., cinquante-sept ans, charbonnier, ne présente ni antécédents héréditaires ni antécédents personnels dignes d'être signalés; il a un fils bien portant. Pas de syphilis, pas d'alcoolisme. La santé générale est bonne jusqu'au 30 novembre 1900. Ce jour-là, le malade éprouve une *céphalée* intense, mais sans fièvre, sans vomissements; cette céphalée persiste avec la même intensité une semaine durant, puis la paupière gauche tombe tout d'un coup et le malade entre alors dans notre service à la Salpêtrière.

En décembre 1900, le malade est atteint d'un syndrôme de Weber un peu particulier consistant en troubles oculaires et en troubles de la motilité (*fig.* 4).

1° *Troubles oculaires.* — L'œil gauche est en ptosis paralytique avec contraction intense du frontal pour essayer de relever la paupière. L'œil est en strabisme externe permanent. On constate une paralysie complète de toutes les branches de la troisième paire gauche; la pupille est en myosis, elle a perdu ses deux réflexes accomodateur et lumineux. La sixième paire et la quatrième paire sont normales. Le fond de l'œil ne présente pas traces de névrite. Absence d'hémiopie.

L'œil droit montre déjà une légère parésie de tous les muscles innervés par la troisième paire droite.

L'étude du réflexe lumineux consensuel montre que : 1° l'excitation de l'œil droit amène une contraction de la pupille droite, mais non de la gauche; 2° l'excitation de l'œil gauche est sans effet sur la pupille gauche, mais fait contracter la pupille droite.

Ces troubles ont persisté toujours avec la même intensité; au surplus, la parésie de la troisième paire droite s'est fortement exagérée dans les derniers jours de la maladie mais n'a jamais été

*Fig.* 4. — Paralysie de la troisième paire gauche avec ptosis, démarche cérébelleuse. Ataxie du bras droit (Photographie instantanée pendant la marche).

aussi complète qu'à gauche ; c'est ainsi que le ptosis et le stra-

bisme externe n'étaient absolus que dans ce dernier côté. Vers la fin, les deux sixièmes paires ont paru parésiées ; il a donc semblé qu'il existait à ce moment une légère paralysie des mouvements associés de lateralité (examen de M. Sauvineau) (*fig.* 5 et 6).

*Fig.* 5. — Ptosis et strabisme externe paralytique de l'œil gauche. Ptosis léger de l'œil droit.

2° *Troubles de la motilité.* — Il n'existe pas à proprement parler une *paralysie motrice.* La force musculaire est bien conservée à droite et à gauche. Les divers mouvements segmentaires de la main, de l'avant-bras, du bras, du pied, de la jambe sont exécutés avec une bonne énergie. Le malade peut se lever, s'asseoir sur son lit sans peine. Dynamomètre : 35. Les réflexes rotuliens sont

exagérés des deux côtés, mais sans trépidation spinale. Le réflexe cutané plantaire se fait en flexion à gauche, la recherche donne des résultats douteux à droite. Les réflexes cutanés sont nettement diminués à droite. La sensibilité est légèrement émoussée à droite.

*Fig.* 6. — Paralysie du droit supérieur gauche.

En résumé, il existe un très léger degré d'hémiparésie motrice droite. Cendant le malade présente de gros troubles moteurs ainsi faits :

*a*) La *démarche* est titubante ; les jambes sont écartées, les pas irréguliers, inégaux, le poids du corps portant surtout sur la jambe gauche et la jambe droite étant lancée irrégulièrement dans la

marche; le malade *talonne* de cette jambe comme un tabétique. Les oscillations sont telles pendant la marche avec des propulsions ou des rétropulsions comme si le malade ne pouvait assurer son centre de gravité que l'on craint, à chaque instant, une chute du sujet.

*b*) La *station verticale* est aussi fort difficile ; elle n'est possible que si les jambes sont bien écartées : dès que les talons sont réunis on voit se produire de nombreuses oscillations en différents sens. L'occlusion de l'œil droit (l'œil gauche est un ptosis permanent) ne paraît pas avoir une grosse influence sur ce trouble de l'équilibre.

*c*) Les mouvements des mains présentent une légère incoordination : la main droite plane au-dessus des objets à saisir et présente alors des mouvements irréguliers qui rappellent ceux de la sclérose en plaques.

*d*) Le mouvement associé de flexion de la cuisse sur le bassin existe à droite.

*e*) Lorsqu'on dit au malade, étendu sur le sol, de soulever la jambe droite, on voit cette jambe prise d'oscillations irrégulières; ensuite lorsqu'on commande de la laisser retomber sur le sol, le malade la laisse tomber brusquement. Ces phénomènes ne se produisent pas du côté gauche.

*f*) Il est impossible au malade de se relever tout seul ; il est pris de titubation avec grands mouvements incoordonnés de la jambe droite.

*g*) La parole est lente, monotone, explosive, ressemblant beaucoup à celle de la sclérose en plaques.

Il n'existe ni paralysie faciale, ni paralysie du voile du palais, ni déviation de la langue, ni troubles laryngés.

L'intelligence est intacte ; la santé générale est bonne ; l'appétit excellent. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

Le malade est soumis sans succès à un traitement mercuriel intensif. La maladie progresse. La parole devient de plus en plus difficile; on voit survenir une légère parésie du facial inférieur droit. L'asynergie cérébelleuse devient de plus en plus prononcée et gagne même le côté gauche, à tel point que le malade reste toute la journée immobile dans son lit, cependant on ne constate pas, au sens strict du mot, une *paralysie motrice des membres*. Les céphalées sont toujours intenses, mais sans vomissements, sans œdème papillaire. La parésie se prononce de plus en plus du côté de la troisième paire droite et le malade meurt le 20 mars 1901, quatre mois environ après le début de l'affection.

*Autopsie.* — Les organes ne présentent pas de lésion macroscopique intéressante. Nous avons examiné avec soin les poumons, le cœur, le foie, l'estomac, le pancréas, la rate, les reins, la vessie,

l'intestin, le rectum, la prostate, les testicules, *sans trouver un foyer néoplasique primitif visible à l'œil nu ou sensible à la palpation.* Absence de tuberculose viscérale. Double broncho-pneumonie de la base.

La moelle est extraite facilement ; le canal osseux, les méninges et l'axe nerveux ne présentent rien d'anormal ; il en est de même du bulbe, du cervelet et du cerveau qui ont été débitées en coupes successives après durcissement.

La seule lésion consiste en une tumeur logée dans la calotte des

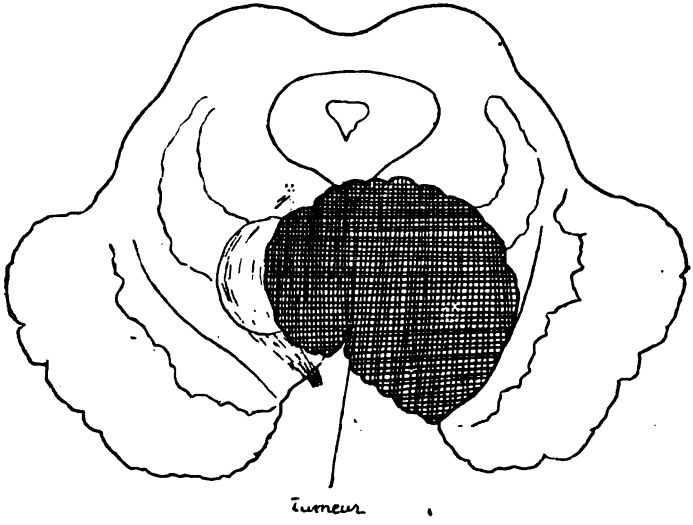



*Fig.* 7.

pédoncules cérébraux (*fig.* 7). Avant tout durcissement, cette tumeur est arrondie, polycyclique, molle, d'aspect caséeux au centre, avec quelques dilatations vasculaires à la périphérie. Les nerfs de la troisième paire sont grisâtres, aplatis ; ce caractère est surtout marqué *pour* le nerf de la troisième paire gauche, moins net pour celui de la troisième paire droite, les autres nerfs craniens ont leur aspect habituel.

Après durcissement dans les réactifs habituels, cette tumeur, *nous a paru solitaire dans* un examen minutieux macroscopique de tous les organes et de *l'axe encéphalo-médullaire*, elle a la forme d'une grosse olive placée au centre de la calotte des deux pédoncules cérébraux, en avant de l'aqueduc de Sylvius dont elle est séparée par une distance de 3 à 4 millimètres environ. Son extrémité supé-

rieure n'atteint pas la couche optique, son extrémité supérieure se trouve à la hauteur du noyau d'origine de la quatrième paire ; son axe général est parallèle à celui du tronc cérébral et placé, dans sa partie toute inférieure, dans le cinquième supérieur de la protubérance, dans sa presque totalité dans la calotte du pédoncule. Son plus grand diamètre, un peu supérieur à celui d'une pièce de cinquante centimes, est au niveau des noyaux des troisièmes paires où sa circonférence antérieure affleure sous la pie-mère interpédonculaire. au fond du sillon qui sépare les deux points de sortie des troisièmes paires.

Sur une coupe colorée par le Weigert-Pal, passant à ce niveau de développement maximum, on voit la tumeur dessinée par une zone décolorée, arrondie, à bords polycycliques *taillés à pic*, comme on l'observe dans *une lésion de déficit par ramollissement*. Si nous suivons son pourtour pour étudier les parties du tronc cérébral lésées, nous voyons sa partie antérieure affleurer sous la pie-mère de l'espace interpédonculaire, ensuite le bord de la tumeur se diriger vers la gauche (2 millimètres environ), intéressant ainsi toute la zone de sortie de la troisième paire gauche, en coupant le ruban de Reil médian gauche dans son tiers externe, passer à 3 millimètres sous l'aqueduc de Sylvius et au-dessus du noyau de la troisième paire gauche, redescendre ensuite en intéressant la partie interne du noyau de la troisième paire droite, suivre la direction de sortie des fibres de cette troisième paire, sectionner dans son milieu le noyau rouge droit, enfin venir aboutir de nouveau au fond de l'espace interpédonculaire en respectant la sortie de la troisième paire droite.

Ainsi sont englobées dans la tumeur : A, à gauche : 1° en totalité, le trajet de la troisième paire (noyau et fibres) ; 2° en totalité, le *noyau rouge* ; 3° la moitié interne du faisceau sensitif. B, à droite : 1° la partie interne du noyau et des fibres de la troisième paire ; 2° la partie interne du noyau rouge.

Sont au contraire tout à fait épargnés, les pieds des deux pédoncules, les rubans de Reil latéraux, les tubercules quadrijumeaux.

Nous étudierons : 1° la nature de la tumeur ; 2° les effets produits par la tumeur.

1° *Nature de la tumeur.* — La tumeur est constituée par une masse centrale nécrosée entourée de tubes à cellules cylindriques amenant la destruction progressive du tissu nerveux voisin.

Sur des coupes perpendiculaires à leur axe, ces tubes revêtent deux aspects. On voit tantôt un petit tube à lumière centrale vide, à paroi formée par de hautes cellules cylindriques, les cellules néoplasiques, tantôt un tube plus volumineux.

Dans ce dernier cas, la paroi est formée soit par une seule couche de cellules cylindriques, soit par plusieurs couches de cellules

cubiques, qui se stratifient de manière à constituer un véritable bourgeon externe d'envahissement. Mais en outre la lumière du tube est occupée par une véritable papille. Cette papille, qu'un léger espace sépare de la couche des cellules néoplasiques, présente au centre un vaisseau rempli de sang avec des parois plus ou moins nettes; autour du vaisseau se dispose une infiltration de cellules rondes et de fibrilles donnant l'aspect d'un tissu myxomateux. Les coupes parallèles à l'axe montrent une semblable disposition soit petit tube de cellules, soit gros tube avec papille centrale autour d'un vaisseau sanguin. En étudiant les divers points de la préparation on voit nettement que ces différences d'aspect, tube vide ou tube plein, dépendent de l'orientation de la coupe, suivant que le tube a été sectionné plus ou moins loin de son diamètre maximum transversal ou longitudinal. Sur les coupes parallèles à l'axe, on voit parfaitement les tractus centraux vasculo-conjonctifs s'anastomoser, de même on peut apercevoir la couche de cellules épithéliales, pousser des prolongements sous forme de bourgeons externes, d'abord pleins, puis pénétrés par la papille vasculo-conjonctive, à la façon des doigts de la main qui pénètrent dans un gant. Il s'agit donc d'une variété de néoplasme papillomateux et très végétant, se présentant sous la forme de collerette de grosses cellules entourant un tractus vasculo-conjonctif et s'agrandissant par une série de bourgeons externes. Les cellules néoplasiques sont cylindriques, très hautes, à extrémités limitées par un plateau sans prolongement, touchant ainsi par simple contact le tissu nerveux avoisinant. Elles ont un protoplasma bien coloré, sans vacuoles, sans granulations; elles possèdent un noyau volumineux ovalaire, riche en substance chromatine; ce noyau est placé toujours à la même distance de la base et du sommet et comme les cellules ont la même hauteur et le même aspect, il en résulte une apparence d'une glande tubulaire, lorsque le centre du tube n'est pas occupé par la papille vasculaire (*fig.* 8).

A certains endroits, les cellules subissent une multiplication active, revêtent le tube, de deux ou trois couches de cellules qui deviennent alors plus petites et cubiques, enfin on peut apercevoir comme nous l'avons signalé plus haut des proliférations plus accentuées encore sous la forme de petits bourgeons qui vont pénétrer dans le tissu nerveux avoisinant; ce caractère est surtout évident dans la zone périphérique d'envahissement.

L'espace intertubulaire est rempli par le tissu nerveux *complètement dégénéré* sans fibres à myéline, sans éléments nerveux, sans réaction névroglique proprement dite, mais avec une quantité énorme de corps granuleux bien visibles par la méthode de Marchi, dont on peut encore colorer les noyaux. Ainsi, nous pouvons affirmer, après avoir employé les méthodes de Marchi, de Weigert-Pal, du picro-cannin, de l'hématéine éosine, que ce néoplasme a

*totalement détruit* la zone indiquée ci-dessus, qu'il a complètement respecté au contraire le tissu nerveux qui l'entoure. Il a produit un véritable *ramollissement* localisé, dont on comprend d'ailleurs fort bien la pathogénie puisque les vaisseaux nutritifs sont entourés

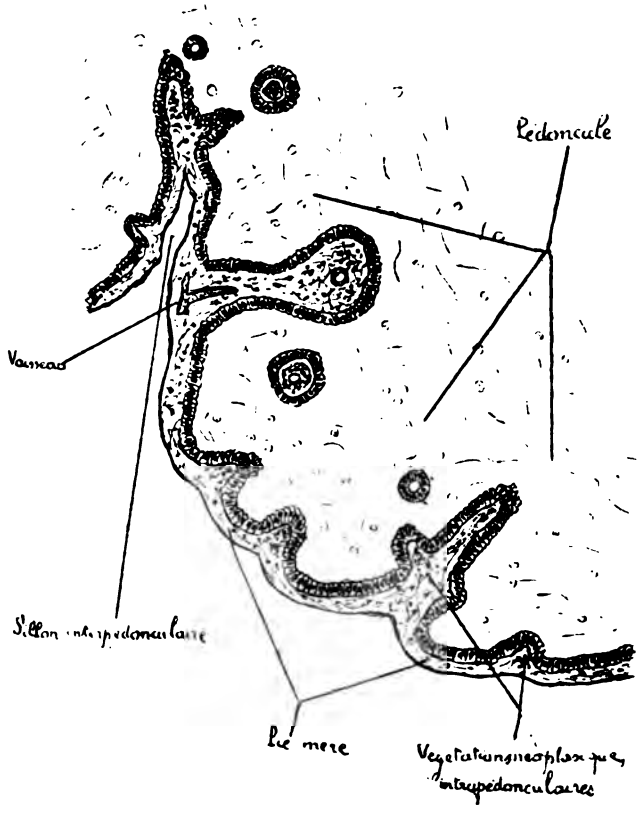



*Fig. 8.*

d'une barrière épithéliale et qu'on n'aperçoit pas des néo-vaisseaux; à l'action nécrosante du néoplasme lui-même s'est donc adjoint un élément mécanique qui nous explique fort bien comment a pu se produire *par le fait d'une tumeur* une lésion de déficit bien localisée; c'est là un fait important que nous voulons déjà souligner.

*Cette tumeur est-elle primitive ou secondaire?* L'aspect des cellules néoplasiques, très élevées, cylindriques, rangées en tubes

fait songer tout d'abord à un néoplasme secondaire à un cancer primitif glandulaire, peut-être intestinal. C'est là une hypothèse très acceptable. Mais il existe des raisons qui permettent de croire à un néoplasme primitif. Le malade est mort cinq mois après le

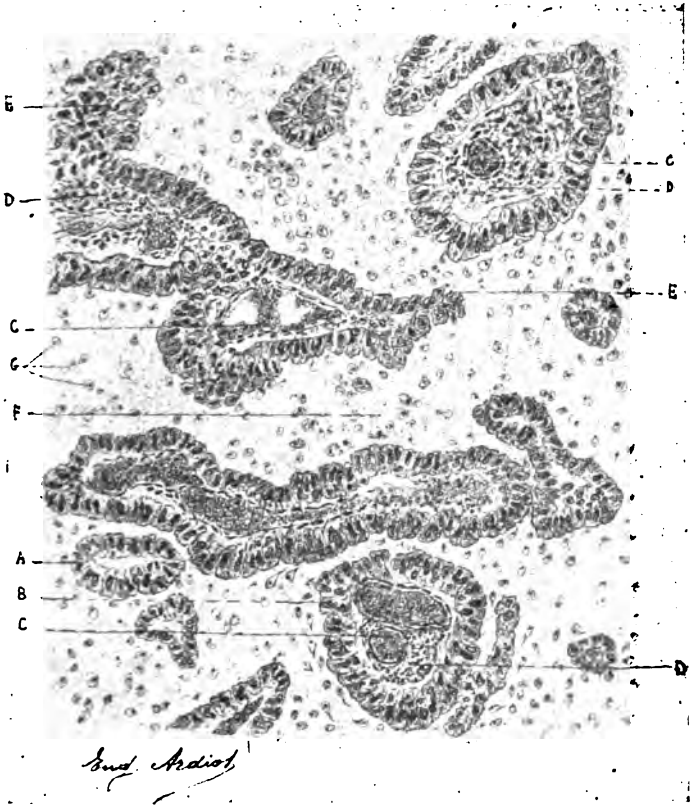



*Fig. 9.*

début de la maladie; le cancer secondaire du pédoncule aurait donc pu atteindre le volume d'une grosse olive sans qu'il nous ait été possible de trouver le cancer primitif? Nos recherches ont été il est vrai faites uniquement avec la vue et le palper; il faudrait donc admettre un foyer primitif microscopique alors que le foyer secondaire est appréciable avec les moyens de recherche ordinaires.

Au surplus, ce noyau cancéreux secondaire serait unique en tant que généralisation ; non seulement, dans l'hypothèse d'un cancer primitif du tractus intestinal, le foie et les poumons sont normaux, mais nous ne trouvons pas d'autres foyers secondaires dans les autres organes de la grande circulation. Il serait bien étrange de voir une embolie cancéreuse venir se loger dans le pédoncule, alors que nous savons que dans le cerveau la sylvienne est l'artère de choix de l'embolie.

Mais il existe d'autres arguments plus importants en faveur de l'origine primitive du néoplasme. La pie-mère tapissant le fond de l'espace interpédonculaire est épaissie par une néoformation vasculo-embryonnaire tout à fait analogue à la structure des papilles que nous avons décrites au centre des tubes ; cette pie-mère est recouverte sur sa *face interne, pédonculaire*, d'une couche de cellules cylindriques *néoplasiques ;* or ces cellules sont rangées *en une série de papilles envahissantes à pointes dirigées vers la substance nerveuse*. Enfin, l'étude attentive des éléments néoplasiques montre que le noyau très allongé est toujours placé au centre de la cellule, qu'il est entouré d'un protoplasma bien coloré dans toutes ses parties et que cet aspect est différent de celui de l'épithélium intestinal auquel ressemble à première vue notre tumeur (*fig.* 9),

Si donc on peut admettre que la pie-mère peut avoir formé une barrière de résistance au processus d'envahissement de dedans en dehors des cellules néoplasiques qui se seraient ainsi réfléchies sur sa face interne, il est beaucoup plus vraisemblable de convenir que cette pie-mère a été en réalité le point de départ du néoplasme, qui serait dès lors *un néoplasme primitif des méninges molles interpédonculaires.*

*Mais dans quelle catégorie de tumeurs pouvons-nous placer ce néoplasme?* Il ne s'agit pas dans l'espèce soit de sarcome soit de gliome ; il n'existe pas au voisinage du pédoncule cérébral une glande capable de dégénérer en un epithéliome semblable aux nôtres, enfin la description que nous avons donnée est tout à fait différente de celle des endothéliomes de la pie-mère, tumeurs composées de cellules aplaties ou fusiformes, souvent orientées en nodule, avec ou sans dépôts calcaires constituant la variété de psammomes de Virchow, de sarcomes angiolithiques de Cornil. Par son aspect épithélial, papillomateux, notre cas est tout à fait différent des tumeurs primitives ordinaires du cerveau. Or les auteurs français sont très sobres de détails sur ces tumeurs épithéliales développées primitivement dans le système nerveux; la plupart les passe même sous silence. Cependant, Rindfleisch avait étudié un cas à peu près semblable au nôtre (*Traité d'histologie pathologique*, 1873, p. 695, t. II). « Le caractère principal de ces tumeurs, disait-il, est une formation de véritables papilles sur la

surface qui donne naissance à la néoplasie. C'est au cervelet que j'ai rencontré pour la première fois le *papillome* de la pie-mère et des vaisseaux... La substance de la tumeur était d'un gris rougeâtre, translucide, tremblotante. En la dilacérant, on la réduisit complètement en une masse énorme de papilles richement ramifiées, dont chacune possédait un vaisseau central, très peu de tissu conjonctif et un double revêtement épithélial. La couche celluleuse externe était formée de cellules cylindriques courtes et épaisses. En examinant le stroma des papilles on rencontrait en dernier lieu les vaisseaux sanguins qui passent de la pie-mère dans le cervelet, de manière qu'il ne pouvait y avoir de doute sur l'origine de la tumeur. » On voit ainsi combien notre description se rapproche de celle de Rindfleisch. Dans notre cas, il est vrai, les cellules néoplasiques, sont élevées, plus hautes, mais d'une part Rindfleisch dit plus loin que les cellules peuvent revêtir un aspect tout à fait cylindrique très allongé, d'autre part, l'un de nous a déjà présenté à la Société Anatomique de 1899, un fait tout à fait identique au cas actuel, tumeur corticale rolandique avec papilles vasculaires, dans lequel les cellules néoplasiques étaient cubiques. Enfin dans son *Traité d'Anatomie pathologique* (t. I, p. 431, 1898) Ziégler admet que les cellules de l'endothéliome cérébral peuvent revêtir l'aspect cubique, cylindrique, voir même l'aspect épithélial et il figure une coupe bien analogue aux nôtres.

Il existe donc un groupe très exceptionnel de tumeurs primitives pie-mériennes, papillome cérébral pour Rindfleisch, endothéliome épithélioïde pour Ziégler ; elles sont constituées essentiellement par des papilles vasculaires nées de la pie-mère et revêtues d'une ou plusieurs couches de cellules cubiques ou cylindriques. Mais il est difficile de retrouver le point de départ du néoplasme. S'agit-il de papillomes analogues aux végétations du plexus choroïde ? Les cellules néoplasiques sont-elles d'origine épendymaire ? Mais le plexus choroïde du ventricule latéral bien que contournant le pédoncule cérébral sur sa face supérieure et externe se trouve assez éloigné de l'espace interpédonculaire et, chez notre malade l'examen de tous les plexus choroïdes ne nous a rien montré d'anormal ; enfin les cellules néoplasiques nous ont paru un peu différentes des cellules épendymaires qui sont plus petites avec d'une part un plateau bien net d'autre part une extrémité allongée. La question d'origine reste donc en suspens, mais du moins nous croyons devoir admettre que notre observation est un nouvel exemple de *papillome primitif épithéloïde de la pie-mère.*

2° *Effets produits par la tumeur.* — La tumeur a eu une action *destructive* pour les parties du système nerveux envahi. Son centre

est en effet occupé par des masses en pleine nécrobiose, dont les éléments cellulaires prennent difficilement les colorants, et la méthode de Marchi y décèlent de nombreux corps granuleux typiques. Ces masses sont le résultat de la nécrose et du tissu nerveux et des parties centrales néoplasiques. Nous avons déjà indiqué les limites de la tumeur et par suite les régions du pédoncule détruites, à gauche, la totalité du noyau rouge et de la troisième paire, à droite, la moitié interne du noyau rouge et de la troisième paire. Nous avons indiqué aussi l'intégrité du pied des deux pédoncules cérébraux.

Une lésion ainsi placée a détruit la troisième paire gauche qui présente des lésions de dégénérescence (méthode de Marchi et de Weigert-Pal) très accusées et de divers stades suivant les fibres observées, aspect qui correspond assez bien à la marche progressivement envahissante de la tumeur. De semblables lésions existent mais à un bien moindre degré dans la troisième paire droite. Nous n'insistons pas : elles sont semblables aux lésions classiques de la dégénérescence wallérienne observée après la destruction complète de la cellule d'origine des nerfs périphériques.

Nous avons tenté ensuite par la méthode de Marchi de rechercher l'existence d'un faisceau rubro-spinal qui établirait des relations entre le noyau rouge et les divers étages médullaires. Nous avons trouvé des granulations caractéristiques de dégénérescence des fibres nerveuses, en petit nombre dans le pédoncule cérébelleux supérieur droit, en petit nombre aussi de chaque côté de la ligne médiane dans le bulbe et la protubérance dans une region située immédiatement en avant du faisceau longitudinal postérieur, en petit nombre dans les fibres du ruban de Reil et dans la région du faisceau de la calotte ; *mais la voie pyramidale médullaire était intacte et il nous a été impossible de trouver un faisceau rubro-spinal.* Au surplus, on peut faire des réserves sur ce cas négatif, puisqu'il concerne une tumeur à marche extensive ayant entraîné la mort quatre mois après le début, et n'ayant pu ainsi créer une dégénérescence immédiate et massive de faisceau comme le font un ramollissement et une hémorragie brusques qui en une seule fois détruisent un système de fibres. Cependant le caractère nettement destructif du néoplasme est à signaler; nous pouvons dire que tout le noyau rouge gauche a disparu dans l'intervalle de trois mois et que dans ces circonstances la méthode de Marchi n'a pas montré un faisceau dégénéré dans la moelle cervicale.

Le cas que nous venons de relater soulève deux problèmes intéressants, l'un *histologique*, la nature du néoplasme, l'autre *anatomo-clinique*, les relations entre le tableau symptomatique observé et le siège de la lésion.

Nous avons déjà discuté le premier; nous avons donné plus haut les raisons qui nous font croire que cette tumeur n'est point une localisation secondaire d'un cancer primitif épithélial ayant passé inaperçu, mais bien un néoplasme primitivement développé dans le pédoncule cérébral, probablement une variété d'aspect épithélial d'endothéliome nerveux, né aux dépens de la pie-mère pédonculaire (p. 20 et 91).

Notre malade présentait des paralysies oculaires associées à des troubles moteurs des membres et à des troubles de la parole.

L'explication de ces paralysies oculaires est facile à donner : la tumeur a détruit à gauche la totalité de la troisième paire aussi bien dans son trajet à travers le noyau rouge qu'au niveau de son noyau, à droite la partie interne du trajet de la troisième paire. Il y a eu deux phases dans l'histoire oculaire du malade, une phase initiale, paralysie complète de la troisième paire gauche, une phase terminale, double paralysie des deux troisièmes paires, complète à gauche, incomplète à droite, la lésion ayant alors franchi la ligne médiane. Nous signalerons en outre l'absence de névrite optique œdémateuse, qui nous avait empêché de porter un diagnostic étiologique précis ; cette absence est fort bien expliquée par le faible volume de la tumeur qui est destructive plus que proliférative, et au surplus éloignée de tout vaisseau dont la compression aurait entraîné une hydrocéphalie ventriculaire et comme conséquence une névrite œdémateuse.

Les troubles moteurs du bras et de la jambe du côté droit ne consistaient ni en paralysie motrice proprement dite ni en phénomènes tels que trépidation spinale et contracture, signature de la dégénérescence du faisceau pyramidal. En effet, les méthodes de coloration de Marchi et de Weigert nous ont montré l'intégrité du pied du pédoncule gauche et de la voie motrice pyramidale médullaire.

Les troubles moteurs, cependant très prononcés, consistaient en réalité en démarche cérébelleuse, titubation, tremblement statique et intentionnel de la main droite, talonnement et ataxie de la jambe droite pendant la marche, enfin en asynergie dans les divers mouvements de cette jambe analogue à la description donnée par M. Babinski. Ces troubles mo-

teurs ont été signalés depuis longtemps dans le syndrome de Weber; dès 1886, Richards, chez un malade ayant eu une hémorrhagie du pédoncule, notait une titubation analogue à celle de l'ivresse ; Nothnagel avait attiré l'attention sur eux dans la pathologie de la région des tubercules quadrijumeaux, Mœli et Marinesco dans les *Archiv. de Psychiâtrie*, puis d'Astros dans son remarquable travail de la *Revue de Médecine* de 1894 sur le syndrome de Weber, les ont à nouveau signalés. Notre cas en est un nouvel exemple des plus nets, puisque chez notre malade ces troubles moteurs existaient indépendants de toute paralysie motrice des membres proprement dite.

Quelle peut être la cause de ces troubles ataxiformes ? On a pu invoquer dans certains cas l'excitation de la voie pyramidale du pied du pédoncule, soit par la compression, soit par l'irritation due aux produits toxiques néoplasiques. Mais, dans notre cas, la voie pyramidale examinée par la méthode de Marchi paraît intacte ; en outre, nous avons maintenant en notre possession un reflexe, le *réflexe cutané plantaire*, qui traduit d'une manière délicate les perturbations de la voie pyramidale ; or, chez notre malade, *il était normal, en flexion*. Au surplus, ces troubles moteurs ne ressemblent pas aux troubles moteurs post-hémiplégiques. A l'inverse de ces derniers, ils ne sont pas constants, permanents ; un peu analogues à ceux de la sclérose en plaques, ils ne se produisent qu'à l'occasion des mouvements voulus, que lorsque l'équilibre des segments des membres se modifie par la contraction musculaire ; enfin ils ne sont pas superposés à un état de spasmodicité latent ou patent du bras et de la jambe ; on voit donc qu'on ne peut confondre cet aspect clinique avec le syndrome de Benedikt, qui est un syndrome de Weber avec tremblement post-hémiplégique. Ainsi les mouvements ataxiformes présentés par notre malade ne nous paraissent pas être sous la dépendance d'une perturbation de la voie motrice pyramidale ; nous devons en chercher la raison dans la destruction de certaines parties du pédoncule.

Le faisceau sensitif médian du côté droit est altéré. Cette altération explique-t-elle le tremblement et l'ataxie des mouvements ? Elle a pu y contribuer dans une large part, mais non y suffire à elle seule. Au début, en effet, il nous a été impossible de constater chez le malade soit de l'hypoes-

thésie certaine, soit de la perte du sens des attitudes, alors que cependant les troubles ataxiformes étaient très prononcés. Au surplus, en sens inverse, nous avons pu constater plusieurs fois chez d'autres malades que des troubles sensitifs profonds (perte du sens stéréognostique, perte du sens articulaire), dus à des lésions des voies sensitives cérébrales, ne s'accompagnaient pas forcément d'ataxie de mouvements et de troubles d'incoordination semblables à ceux présentés par notre malade. Si, par suite, l'existence des troubles sensitifs favorise l'apparition de l'ataxie des mouvements, du moins la lésion d'un autre appareil est indispensable. Or chez notre malade, dès le début, ont apparu des troubles d'incoordination et le noyau rouge gauche a été détruit, car sa place est occupée par le centre du néoplasme.

La fonction de ce noyau rouge est encore inconnue. Nous discuterons plus loin le rôle de centre tonique des reflexes qu'on lui a attribué. L'anatomie nous enseigne qu'il est entouré par les fibres du pédoncule cérébelleux supérieur venu de l'hémisphère cérébelleux du côté opposé. Pour certains auteurs, il est en partie le point d'origine des fibres du pédoncule supérieur, pédoncule par suite à direction descendante, pour d'autres il est au contraire le point d'arrivée de ce même pédoncule, qui aurait par suite une direction ascendante. Notre cas confirme plutôt cette deuxième hypothèse, car, avec la méthode de Marchi, nous n'avons pas trouvé une grosse dégénérescence dans le pédoncule cérébelleux droit, au-dessous du noyau rouge gauche. Quoi qu'il en soit, le noyau rouge est en connexion intime avec le pédoncule cérébelleux supérieur ; sa destruction doit par suite entraîner une perturbation dans la fonction du cervelet destiné, par un mécanisme complexe, que nous ne pouvons analyser ici, à maintenir l'équilibre et à régulariser les mouvements volontaires. C'est donc à la lésion du noyau rouge gauche et par suite du pédoncule cérébelleux supérieur droit que l'on doit surtout attribuer les troubles ataxiformes et le tremblement intentionnel observés dans le bras et la jambe du côté droit, dont l'apparition a pu être facilitée par la lésion de la voie sensitive.

Notre malade présentait aussi cette asynergie des mouvements de la jambe décrite par M. Babinski. Dans les faits signalés par cet auteur, l'asynergie, il est vrai, occupait les

membres du côté de la lésion ; ces faits consistaient en lésions bulbo-protubérantielles et se caractérisaient d'une manière essentielle par une paralysie motrice vraie du bras et de la jambe gauche du côté opposé à la lésion, et par des paralysies des nerfs craniens et une asynergie cérébelleuse du côté même de la lésion. M. Babinski met l'asynergie cérébelleuse sur le compte d'une altération du pédoncule cérébelleux inférieur au niveau de la région bulbo-protubérantielle et comme la voie cérébelleuse médullo-cérébelleuse, ou cérébello-médullaire ne paraît pas s'entrecroiser, il est naturel que les troubles d'asynergie siègent du côté de la lésion bulbo-protubérantielle. Notre cas est un peu différent, puisque l'asynergie cérébelleuse atteint les membres du côté opposé à la lésion ; la raison en est dans l'entrecroisement des pédoncules cérébelleux supérieurs, de telle sorte qu'une lésion du noyau rouge gauche agit en réalité sur le pédoncule cérébelleux droit. Aussi, tandis que l'asynergie cérébelleuse peut modifier singulièrement le syndrome de Millard-Gubler en déterminant des troubles moteurs des membres du même côté que la paralysie des nerfs craniens, c'est-à-dire du côté de la lésion bulbo-protubérantielle, dans le cas actuel elle modifie légèrement au contraire le syndrome de Weber puisque, comme les troubles moteurs consécutifs à la lésion de la voie motrice pédonculaire, elle siège du côté opposé aux nerfs craniens atteints, c'est-à-dire du côté opposé à la lésion. En résumé, nous pouvons conclure de l'étude de notre malade qu'une lésion du noyau rouge, du pédoncule cérébelleux supérieur au niveau du pédoncule cérébral, détermine une ataxie cérébelleuse avec tremblement intentionnel et asynergie des membres du côté opposé à la lésion pédonculaire. Nous ne poursuivrons pas plus loin ce problème, car il rentre dès lors dans la physiologie pathologique du cervelet.

A l'hémiataxie droite étaient associés chez notre malade des troubles du langage. Ces troubles peuvent en effet s'observer dans le syndrome de Weber et d'Astros les a très minutieusement analysés dans son article précité. Bien qu'associés à des troubles moteurs des membres du côté droit, on les distingue facilement de l'aphasie, car on constate, non une perte de la mémoire des mots lus ou entendus et des images d'articulation, mais bien une dysarthrie. Tantôt cette dysarthrie est analogue à celle des pseudo-bulbaires, asso-

ciée à des parésies des lèvres et de la langue. Dans ce cas, la pathogénie en est souvent complexe. Observés en effet surtout, selon la judicieuse remarque de d'Astros, dans les syndromes de Weber par ramollissement du pédoncule cérébral et presque toujours du pédoncule cérébral gauche, ils peuvent dépendre de grosses lésions pédonculaires, de déficit, ayant atteint le faisceau géniculé du pied du pédoncule, d'autant plus que les artères radiculaires destinées à la troisième paire traversent et irriguent la partie interne du pied du pédoncule et qu'elles sont le siège maximum des lésions dans le cas de syndrome protubérantiel par artérite chronique; mais elles peuvent relever aussi, comme le montrent les cas de d'Astros et de Souques, de petites lésions lacunaires du cerveau ou de la protubérance; on peut même observer un mélange d'aphasie vraie et de dysarthrie, association que font très bien comprendre la multiplicité et la dissémination des artérites chroniques du cerveau.

Mais, dans des cas plus rares, la dysarthrie pédonculaire est due à des lésions limitées de la calotte du pédoncule, tubercule, tumeur..... Notre cas en est un exemple. La dysarthrie n'est pas alors associée à des troubles parétiques des organes d'émission des sons, lèvres, langue, larynx, elle rappelle par ses caractères de lenteur, de scansion les troubles dysarthriques des affections cérébelleuses tels que sclérose en plaques, hérédo-ataxie cérébelleuse. Or, pour Luys et Jaccoud, ces altérations seraient le résultat de troubles d'incoordination de la parole, véritable glosso-ataxie par lésions portant sur le système commissural cérébello-bulbaire. Aussi, chez notre malade, sans nier absolument la perturbation du faisceau géniculé gauche par le néoplasme si voisin de ce faisceau, puisqu'il a détruit la zone de sortie de la troisième paire gauche, croyons-nous cependant préférable d'assimiler les troubles de la parole aux troubles moteurs ataxiformes des membres et d'adopter pour cet ensemble symptomatique une pathogénie univoque, la lésion du pédoncule cérébelleux supérieur au niveau du noyau rouge.

Un dernier point reste à analyser, l'état du tonus musculaire. D'après une théorie récente, le tonus musculaire subirait deux influences adverses, l'une excitatrice, l'autre modératrice. La première aurait son centre d'origine dans

le mésocéphale, en particulier dans le noyau rouge et parviendrait à la moelle par la voie cérébelleuse descendante et par un faisceau rubro-spinal. La deuxième aurait son centre d'origine dans l'écorce motrice et parviendrait à la moelle par le faisceau pyramidal. On comprend dès lors que la lésion de la voie pyramidale doit entraîner une *hypertonicité* musculaire puisque l'action excitatrice n'est plus contrebalancée par l'action modératrice et que la lésion des centres d'excitation du tonus musculaire, en particulier du noyau rouge, doit déterminer au contraire une *hypotonicité* plus ou moins marquée. Or, notre malade présente une destruction du noyau rouge sans altération de la voie pyramidale, réalise en un mot parfaitement les conditions de la deuxième supposition. Quel était donc l'état du tonus musculaire chez lui ? Nous l'avons trouvé exagéré des deux côtés avec des reflexes vifs, mais sans trépidation spinale cependant. On ne peut dire par suite que, chez notre malade, le noyau rouge était le centre producteur du tonus. Au surplus, comme l'a indiqué M. Grasset, le maintien et l'exagération du tonus musculaire sont le résultat d'un mécanisme très complexe auquel participe tout l'axe cérébro-spinal ; le cas de notre malade vient démontrer à nouveau combien est encore lointaine l'explication définitive de la contracture spasmodique post-hémiplégique.

Nous résumerons ainsi notre observation. Un homme est atteint d'un syndrome de Weber très particulier en ce sens que les troubles moteurs des membres du côté droit, associés à la paralysie de la troisième paire gauche, consistent non en paralysie motrice vraie, mais en incoordination, en ataxie, en asynergie, en dysarthrie ; ils s'accompagnent d'une exagération généralisée des reflexes ; ils siègent du côté opposé à la lésion pédonculaire. A l'autopsie nous trouvons exclusivement un endothéliome primitif, d'aspect épithélial, né aux dépens de la pie-mère pédonculaire et ayant détruit à gauche la totalité du noyau rouge, à droite la moitié interne de ce même noyau, ayant au contraire respecté entièrement le pied des deux pédoncules. Il semble donc que les troubles moteurs des membres ont été déterminés par la lésion de la voie cérébelleuse supérieure, interrompue dans le cas actuel au niveau du noyau rouge.

---

# PATHOLOGIE NERVEUSE

## Tremblements infantiles et nystagmus congénitaux. Essai de classification séméiologique;

PAR MM.

E. LENOBLE,
Ancien interne des hopitaux de Paris,
Médecin suppléant de l'hopital civil de Brest.

E. AUBINEAU,
Ancien chef de clinique du Dr de Wecker,
Oculiste de l'hopital civil de Brest.

Au cours de nos consultations à l'hôpital civil de Brest, nous avons été frappés du nombre relativement considérable de Nystagmus dits Essentiels que nous observions au milieu d'autres sujets présentant du tremblement des yeux symptomatique d'une maladie du système nerveux ou d'une altération de l'appareil de la vision. Parfois l'affection se retrouvait chez plusieurs membres de la même famille et tous avaient été frappés dès la naissance : leur Nystagmus était à la fois *congénital* et *héréditaire*. En examinant plus particulièrement certains d'entre eux il nous a été possible de retrouver d'autres signes indiquant la participation du système nerveux à la production du phénomène. Il y avait là autre chose qu'un symptôme isolé, un véritable syndrome clinique plus ou moins complexe qu'il nous a paru intéressant d'approfondir. L'observation d'une variété exceptionnelle du tremblement familial, le *Tremblement Infantile Congénital*, nous a semblé se rattacher intimement aux faits précédents. Nous avons donc cherché à leur assigner un rang dans les affections du système nerveux, et nous avons tenté, d'après leur tableau clinique, de les enchaîner aux grandes affections mieux connues parce qu'on avait pu déterminer leurs lésions anatomiques. Nous avons naturellement divisé ces faits d'après les symptômes surajoutés et nous avons établi une progression allant du Tremblement ou

du Nystagmus simples aux formes rendues plus complexes par les signes nouveaux qu'ils présentaient à l'examen. Bien que nous soyons convaincus que le tremblement de la tête et le tremblement des globes oculaires soient des phénomènes du même ordre, nous les avons schématiquement divisés en deux catégories que nous étudions tour à tour. Les réflexions qu'elles nous ont suggérées sont du reste les mêmes. Nous avons été heureux, dans la courte étude bibliographique que nous avons pu faire, de nous assurer qu'au moins pour le Tremblement Infantile nous partagions les idées d'un certain nombre d'observateurs qui se sont préoccupés de la même question (Demange, Thébault, Joffroy, Bourgarel, Rubens, etc.), et nous sommes arrivés au point de vue spécial que nous nous sommes proposé, à la conclusion que MM. Achard et Soupault[1] formulaient pour les tremblements héréditaire et sénile : « Toute distinction entre le tremblement héréditaire et le tremblement sénile nous paraît injustifiée et nous estimons qu'il y aurait tout avantage à supprimer ces dénominations inexactes et à réunir ces deux affections en une seule sous le nom de *tremblement essentiel* ou de *névrose trémulante*. » Nous faisons toutefois une réserve pour ce dernier terme : nous pensons qu'il existe des lésions bien caractérisées susceptibles de les expliquer bien que nous n'ayons pu nous assurer de leur existence.

## § I. — Tremblement infantile congénital familial

Observation. *Geor. Henriette*, âgée de trois mois le 18 avril 1901. L'enfant est née à terme, les couches ont été bonnes : l'accouchement avait duré trois jours, mais les grandes douleurs n'ont duré qu'une demi-heure. L'écoulement du liquide amniotique aurait été médiocre.

C'est le septième enfant : le premier est un garçon de douze ans bien portant opéré en décembre 1899 par le Dr Civel d'un abcès froids du dos. Le deuxième est un garçon de neuf ans bien portant. Le troisième, garçon mort à trois mois de *méningite*. Le quatrième, garçon mort à treize mois avec des *phénomènes méningitiques* consécutifs à une diarrhée infantile. Celui-ci *tremblait de la tête* depuis sa naissance. Il avait des attaques épileptiformes avec écume de

[1] Achard et Soupault. *Gaz. hebdom.*, 22 avril 1897.

la bouche et yeux convulsés. Pendant ces attaques, le visage était noir et l'enfant semblait ne pas respirer. Le début des attaques remontait à l'âge de sept à huit mois : d'abord rares, elles ont été en s'exagérant jusqu'à se présenter à trois reprises le même jour. La maladie terminale n'a duré que quatre à cinq jours pendant lesquels l'enfant criait constamment. Le cinquième est un garçon de quatre ans bien portant. Le sixième est une petite fille de deux ans bien portante; le septième est le sujet.

La mère n'a jamais été malade, n'a jamais fait de fausses couches. — Le père tousse continuellement, crache parfois, sue parfois la nuit, a craché du sang. Il a fait une bronchite il y a cinq ans. N'a jamais eu d'éruptions sur le corps, est maçon de son métier. — Il n'y a pas de tousseurs dans la famille du père et de la mère. Aucune autre personne ne tremble dans la famille.

La mère a remarqué que, *dès l'âge de quinze jours*, l'enfant remuait la tête dans le sens horizontal. Ces mouvements rappellent ceux présentés par le frère aîné mort d'accidents méningitiques et ont débuté à peu près à la même époque. Ces mouvements, d'abord peu marqués, se sont exagérés peu à peu.

L'enfant a été élevée au sein, n'a jamais eu d'indisposition. Son aspect est des meilleurs : les masses musculaires sont fermes. Elle ne présente pas d'éruption sur la peau. Elle ne présente aucun stigmate de syphilis (oreilles, anus, lèvres, bouche etc.), pas de plaques ptérygoïdiennes de Parrot. Pas de signes morbides dans les poumons ou au cœur, pas de polymicroadenopathies. Pas de troubles digestifs, les selles sont bonnes.

Les réflexes patellaires sont légèrement exagérés. Le chatouillement de la plante du pied détermine un léger relèvement des orteils.

Il n'y a pas de troubles apparents de la sensibilité. L'enfant voit bien, elle entend bien. Elle ne présente pas de modifications appréciables de la voix : elle crie comme tous les enfants. La tête est bien conformée, les oreilles sont un peu grandes, allongées, avec ourlet aplati. La fontanelle antérieure est bien tendue, la tête est recouverte de petits cheveux bruns.

A l'état de repos, l'enfant a la tête agitée d'un petit tremblement à oscillation assez rapides, courtes, brèves, à direction horizontale. Ce tremblement se manifeste dès que l'enfant regarde devant elle. mais, dès quelle tourne la tête et que, la baissant, elle prend un point d'appui même léger, le tremblement cesse. Lorsque l'enfant dort, la tête appuyée, le tremblement cesse encore. Si l'enfant tourne la tête sans prendre de point d'appui, le tremblement cesse encore. Ce tremblement s'exagère à l'occasion de quelque émotion : joie ou colère. Il n'y a pas de tremblement dans le sens vertical.

Les yeux ne présentent rien de spécial. L'examen du fond d'œil

pratiqué par le Dr Aubineau a été trouvé normal. *Il n'y a pas de nystagmus.*

Du côté des membres supérieurs, on observe des mouvements athétosiques analogues à ceux des autres enfants. *Mais il n'y a pas de tremblement des membres.*

L'enfant, à ce moment, présente un léger coryza.

*Antécédents héréditaires* (complément). Le grand-père maternel est *aveugle de naissance* : il est âgé de soixante-six ans.

Un oncle maternel, fils du précédent, serait également *aveugle-né*. Il a cinq autres frères et sœurs bien portants.

La grand-mère maternelle, bien portante, est morte du choléra à l'âge de quarante ans.

*Marche.* — L'enfant revue à plusieurs reprises a toujours présenté le même symptôme. Elle avait été amenée par la mère, dans la crainte d'accidents méningitiques analogues à ceux qui avaient emporté le frère, atteint du même tremblement.

Les tremblements essentiels analogues à celui que nous faisons connaître sont exceptionnels. Récemment M. le professeur Raymond et son chef de clinique M. Cestan en présentaient un cas intéressant, non familial, à la Société de Neurologie[1]. Nous renvoyons à la discussion soulevée par cette présentation pour l'historique des faits antérieurement connus.

John Thomson[2] a étudié sous le nom de *spasme nutant* une affection qu'il considère comme une névrose fonctionnelle affectant les jeunes enfants, et a évolution courte et bien définie : ses symptômes principaux consistent dans des mouvements involontaires de la tête avec nystagmus oculaire. *Ce dernier peut manquer quelquefois.* La relation entre les mouvements de la tête et le nystagmus est démontrée par ce fait que lorsqu'on ferme les yeux, les mouvements de la tête s'arrêtent, et que si on immobilise la tête, le nystagmus s'accentue ou apparaît s'il n'existait déjà. Les trois quarts des cas se présentent de quatre à douze mois. La maladie est plus fréquente chez les filles et l'hérédité

[1] Raymond et Cestan. *Soc. de Neurol.* Séance du jeudi 2 mai 1901, in *Revue Neurologique* n° 9, p. 478. *Un cas de tremblement essentiel congénital* (du type sénile).

[2] Thomson. *Sur l'étiologie du spasme nutant avec Nystagmus chez les petits enfants.* (*The Scottish Medical and Surgical Journal* 1900, juillet, p. 7, vol. VII, n° 1), analysé in *Presse médicale* 1901, 13 avril, n° 30, par Tollemer.

nerveuse semble influencer sa production. La dentition paraît avoir un effet prédisposant ainsi que certaines maladies infectieuses : rougeole, bronchite, etc. Mais l'élément causal principal est le mauvais éclairage de la pièce où habite l'enfant, et la maladie serait due aux efforts continus que fait le petit être pour regarder par la fenêtre. De même elle se rencontre de préférence dans les mois les plus obscurs de l'année. Le rachitisme est fréquent chez les petits malades. Le spasme nutant a beaucoup d'analogie avec la chorée.

Il s'agit là évidemment d'une affection tout à fait étrangère au tremblement essentiel infantile dont la durée paraît être indéfinie. En outre il y a dans cette dernière affection plus qu'une manifestation isolée d'une simple névrose fonctionnelle. En analysant les divers renseignements fournis par notre observation, nous trouvons une importante tare nerveuse chez les ascendants maternels : le grand-père et un oncle aveugles-nés. Il s'agit donc ici d'une affection à manifestations cérébrales variables apparaissant chez quelques-uns seulement des membres d'une même famille. Nous retrouvons là un élément commun aux diverses maladies familiales, respectant certaines personnes, en frappant d'autres en vertu de lois obscures ou mieux parfaitement inconnues. Il existe certainement une relation directe entre l'infirmité présentée par le grand-père et l'oncle maternels et le tremblement essentiel congénital de deux des descendants. Chez l'un d'eux le développement irrégulier des centres nerveux se traduit d'autre part par l'exagération des réflexes patellaires ; chez le second par des crises épileptiformes survenues de bonne heure et par un état de faiblesse relative qui permet le facile envahissement des méninges par une inflammation secondaire à un choléra infantile. Chez un dernier enfin, des accidents méningitiques mortels sont les seules manifestations de cet état morbide si apparent chez quelques membres de la famille et qui n'est peut-être que latent chez les frères et sœurs, n'attendant pour se produire qu'une occasion qui peut d'ailleurs ne pas se présenter.

## § II. — Nystagmus congénitaux

Les cas de nystagmus que nous allons maintenant passer en revue se divisent naturellement en trois catégories :

1. Les Nystagmus essentiels simples ;
2. Les Nystagmus essentiels avec exagération des réflexes patellaires ;
3. Les Nystagmus essentiels à caractère familial avec ou sans exagération des réflexes patellaires.

Tous ces nystagmus ont pour caractère primordial d'être congénitaux. Il va sans dire que nous avons soigneusement éliminé de cette étude les nystagmus symptomatiques d'une affection nerveuse caractérisée et ceux qui pouvaient être la conséquence d'un vice de réfraction, d'une anomalie congénitale ou d'une lésion de l'œil. Nous avons noté du strabisme dans quelques-unes des observations qui vont suivre. Malgré la coïncidence de ce symptôme intermittent ou permanent, malgré que nous ayons trouvé une fois une forte myopie monoculaire, nous avons considéré ces cas comme se rattachant au nystagmus essentiel en raison de leur caractère familial ou des autres symptômes (exagération des réflexes, inégalité pupillaire) qui les accompagnaient. Parmi les mouvements de la tête que l'on rencontre très fréquemment avec le nystagmus, les mouvements lents d'inclinaison ne sont pas assimilables à des tremblements. Il n'en est pas de même des mouvements que nous avons qualifiés de *pendulaires* et que nous avons trouvés dans six de nos observations : il s'agit bien là de tremblements oscillatoires pendulaires absolument analogues aux mouvements nystagmiques.

### A. — *Nystagmus essentiels simples.*

Observation. *Men. Jeanne, âgée de quatorze ans*, vient à la consultation de l'hôpital civil le 13 juillet 1901. Elle est la seule de la famille à présenter cette infirmité. C'est une fille de taille moyenne qui n'offre rien de particulier dans les grands appareils; le cœur, les poumons, le tube digestif, fonctionnent bien. Elle ne présente pas d'atrophie musculaire, pas de déviation de la colonne vertébrale, pas de tremblement intentionnel.

Le nystagmus pour lequel elle vient consulter existe depuis la naissance : c'est un *nystagmus à tremblement transversal* (non horizontal) qui s'exagère par la vision dans les positions extrêmes de l'œil. Le sujet incline naturellement la tête pour arriver à immobiliser les yeux. Il n'a pas de tremblement ni d'oscillations (mouvements pendulaires) de la tête, mais des mouvements lents de la tête qui s'exagèrent, disent les parents, sous l'influence du travail ou d'une émotion.

Le sujet ne présente pas de modifications des réflexes patellaires. Pas de clonus du pied. La sensibilité est conservée intégralement.

*Examen des yeux.* = — V = I (Hm + 0,50). Pas de strabisme, fond d'œil normal. Réactions pupillaires et réflexes normaux.

Observation II. *Den. Francisque, âgé de douze ans et demi,* se présente à la consultation de l'hôpital civil le 11 juin 1901. Le sujet est venu à terme : il a présenté une ophtalmie purulente probable au moment de la naissance : cette affection s'est du reste bien terminée.

Il a eu quatre frères et sœurs. Il est le troisième et est le seul restant. Il a eu la coqueluche à deux ans et demi : à ce moment il a vomi du sang. A la même époque il eut une rougeole. En 1897 il fit une fluxion de poitrine à la suite de laquelle il a présenté une sorte de paralysie des membres inférieurs (ataxie-abasie ?) qui a duré un mois, il a pu remarcher à la suite. L'enfant toussait et vomissait facilement jusqu'à il y a deux ans et demi. Du reste, maintenant encore, il tousse et vomit facilement. Jusqu'à l'âge de trois ans il dormait mal.

De ses quatre frères et sœurs, un est mort du croup à trois ans et demi, une sœur est morte à trois ans et demi de méningite, un troisième est mort en naissant. Un quatrième garçon est mort à trois mois et demi de diarrhée infantile.

Le père est mort de dysenterie chronique à l'âge de quarante-deux ans et demi.

La mère est bien portante : elle a eu *une fièvre typhoïde* avant la conception de l'enfant. Elle était à peine rétablie au moment de la conception. Pendant la grossesse elle avait été faible et très nerveuse (sans attaques).

*Etat actuel.* Enfant d'apparence robuste, est intelligent, répond très bien à toutes les questions qu'on lui pose. La langue est bonne, la dentition est bonne, le tube digestif fonctionne bien. Il n'y a rien au cœur ni aux poumons. Rien dans les urines.

Il présente un *nystagmus transversal* à petites oscillations remarquable par sa plus grande fréquence dans tous les mouvements commandés. Ce nystagmus s'accompagne de mouvements pendulaires de la tête caractérisés par de petites oscillations.

Ce nystagmus *remonte à la naissance*; mais la mère raconte qu'il se serait surtout exagéré à partir de deux ans. Instinctivement le sujet porte la tête à droite et fixe dans la position droite extrême: dans cette situation il parvient à immobiliser ses yeux. Mais dans la position gauche extrême le nystagmus persiste.

Le sujet ne présente pas d'atrophies, il est bien conformé, il n'a pas de tremblement intentionnel des membres. Il marche facilement, n'a pas de Romberg. Cependant la mère signale qu'il a des mouvements incoordonnés, qu'il bouge constamment, la force musculaire est conservée dans son intégrité. Au dynamomètre M. D = 9 — M. G = 11 (il s'agit d'un dynamomètre pour adultes). Il n'y a pas de troubles de la sensibilité. Les réflexes patellaires sont normaux. Il n'y a pas de clonus.

En examinant plus attentivement le malade on constate qu'il existe un très léger tremblement des mains.

Les oscillations de ce tremblement se font dans le sens transversal. On constate aussi un léger état de spasticité et de la trémulation des mains.

*Ecriture du sujet à la date*

L'écriture du sujet est manifestement tremblée.

*Examen des yeux* = V — $\frac{2}{3}$ — Hm + 0,50. Fond d'œil et milieux oculaires normaux. Réactions pupillaires normales. Le sujet fut soumis au traitement par l'antipyrine, le sirop de chloral à hautes doses, la picrotoxine à la dose de 2 milligrammes sans aucun bénéfice.

Observation III. *Glo. François, âgé de quatorze ans.* Elève au lycée de Brest.

Nystagmus horizontal. Emmétrope, vision normale. Pas d'anomalies dans l'œil. Pas de mouvements de la tête. *Asymétrie faciale.* Réflexes normaux.

Observation IV. *Lej. Geneviève, âgée de cinq ans.*

Nystagmus horizontal. Strabisme alternant convergent intermittent. Hm + 0,75 à la kératoscopie. Pas de lésions du fond de l'œil. *Inégalité pupillaire très nette (les deux pupilles réagissent à la lumière et à l'accommodation).* Réflexes normaux. Père mort alcoolique.

Plusieurs particularités des observations qui précèdent méritent d'attirer l'attention : le sujet de l'observation 2 a été conçu à la suite d'une fièvre typhoïde et alors que sa mère se trouvait dans

des conditions de nervosité et de faiblesse accentuées. On connaît la prédilection des grandes infections et en particulier de la fièvre typhoïde pour les centres nerveux, et l'on peut se demander si l'infection éberthienne, qui, longtemps encore après la disparition des phénomènes immédiats, peut persister dans le sang, comme le prouve la réaction de Widal, ne saurait en pareil cas impressionner d'une façon nuisible le développement du système nerveux du produit de la conception. Remarquons encore que, bien que le nystagmus occupe le premier rang dans les symptômes présentés par les précédents malades, il est loin d'exister à l'état isolé. Den... a de l'instabilité motrice au dire de sa mère. Il présente nettement du tremblement des doigts, de la trémulation et de la spasticité des mains que son écriture révèle. Glo... a de l'asymétrie faciale. Lej... a de l'inégalité pupillaire, avec conservation des réflexes iriens. En résumé, sur 4 sujets, 3 présentent déjà des signes indéniables d'altérations du système nerveux central.

B. — *Nystagmus avec exagération des réflexes.*

Observation I. *D... Marthe, huit ans et demi,* vient consulter le 5 octobre 1901. Est la troisième de 4 enfants.

1° *G...*, quatorze ans, rien de particulier. 2° *G...*, douze ans. Extrêmement nerveux, est venu consulter pour des douleurs d'oreilles siégeant à droite ou à gauche, ne s'accompagnant pas de fièvre, durant des heures pour cesser subitement. Enfant à figure pâle, présentant un dédoublement physiologique du deuxième bruit à la base du cœur. S'est modifiée rapidement sous l'influence de l'hydrothérapie et d'un traitement ferrugineux (protoxalate de fer). Ne présente pas de nystagmus. 3° Le sujet. 4° Une petite fille de cinq ans. Tous ces enfants sont intelligents ; le sujet serait le moins bien doué.

Les parents sont bien portants et ne présentent pas de tare apparente. Une tante paternelle aurait une légère myopie. Le père a une myopie forte.

La grossesse a été normale. L'accouchement s'est fait dans d'excellentes conditions.

C'est une enfant bien constituée sans tare organique : elle ne présente pas d'autres signes que des dents crénelées avec une dentition légèrement défectueuse rappelant celle des adénoïdiens. Le sujet est d'une émotivité extrême ; elle a des phobies, en particulier elle a peur des animaux sans aucune espèce de raison. Elle se plaint aussi d'une sensation de froid qu'il est très difficile de faire disparaître.

*Examen des yeux. — Nystagmus mixte, horizontal et rotatoire.* Strabisme alternant divergent intermittent. Emmetrope. — V. $= \frac{1}{2}$. Lecture facile. Fond d'œil et milieux oculaires normaux. Pas de tremblement de la tête. La mère raconte que le nystagmus aurait toujours existé.

*Les réflexes rotuliens sont notablement exagérés.* Il n'existe pas de trépidation épileptoïde du pied. Il n'y a pas de signe de Babinski. Les *réflexes olécraniens* sont également *exagérés*, mais dans de faibles proportions. Il n'existe pas de tremblement intentionnel des membres supérieurs. Il n'y a pas de tremblement de la tête, du corps ou des mains. il n'existe pas de troubles de la sensibilité.

D'après le dire de la mère, l'enfant aurait des mouvements désordonnés dans les bras et dans les jambes, mais ces mouvements n'ont aucun des caractères de ceux de la chorée.

**Observation II.** *Bern... Joseph, dix-sept ans*, vient consulter le 23 novembre 1901. Le père est mort tuberculeux. La mère, 3 sœurs et un frère sont bien portants. Le sujet ne peut fournir de renseignements sur ses oncles et tantes qui lui sont inconnus. Mais il est affirmatif lorsqu'il dit qu'il est le seul dans la famille dont les yeux bougent. Lui-même n'a jamais eu d'autres maladies qu'une bronchite, il y a un an. L'examen des appareils ne révèle qu'une respiration soufflante au sommet droit, accompagnée d'une exagération dans la tonalité du deuxième bruit pulmonaire à la base du cœur.

*Examen des yeux. — Nystagmus horizontal.* Milieux et fond d'œil normaux. Emmétrope. Vue $= \frac{4}{5}$. Réactions pupillaires normales.

*Oscillations pendulaires de la tête.*

Le sujet ne présente pas de tremblement des mains. Il ne présente pas de Romberg. Les réflexes patellaires sont normaux. Mais on constate une ébauche de clonus du pied qui ne se reproduit pas au deuxième examen. Pas de signe de Babinski. A un nouvel examen on constate toujours à la première épreuve une ébauche de clonus caractérisée par 2 ou 3 ressauts. Pas de troubles de la sensibilité. Le nystagmus remonte à la naissance. Le sujet n'a jamais été malade.

Dans l'une des observations qui précèdent l'exagération des réflexes rotuliens est nettement accentuée. Dans la seconde l'ébauche de clonus que nous n'avons pu obtenir qu'à la première épreuve nous a paru cependant indéniable. Devons-nous donc considérer ces sujets comme atteints de

sclérose en plaque fruste ? Cette opinion est inadmissible parce qu'en dehors de l'absence de signes plus caractérisés de cette dernière affection, le nystagmus est apparu dès les premiers jours de la vie, et qu'en outre il manque à cette hypothèse une notion étiologique importante : l'absence de toute infection profonde que l'on rencontre toujours dans l'histoire des sujets frappés de sclérose en plaques. Nous pensons donc qu'ici encore une anomalie dans le développement du système nerveux central a entraîné l'apparition des signes morbides.

### C. — *Nystagmus essentiels familiaux.*

Observation I. *Liv..., vingt-trois ans.* Séminariste. Nystagmus horizontal. Rien d'anormal dans les milieux oculaires. Aucune lésion du fond d'œil. Pas de strabisme. Hm + 0,75 — V = $\frac{2}{3}$. Lecture facile. Ni mouvements ni tremblements de la tête. Réflexes normaux (patellaires).

Observation II. *Liv..., vingt ans* (frère du précédent). Nystagmus présentant les mêmes caractères que chez le frère. Pas de mouvements ni de tremblements de la tête. Bonne vision. Le jeune homme est entré au service comme engagé volontaire. Les réflexes patellaires n'ont pas été examinés.

Observation III. *Appr... François, trente-sept ans.* Se présente à la consultation de l'hôpital le 24 septembre 1901.

*Examen des yeux.* — Nystagmus mixte (horizontal et rotatoire). Ce nystagmus existe depuis la naissance. Il s'accompagne d'oscillations de la tête nettement pendulaires à amplitude très courte, semblant comme le nystagmus exister constamment.

O. G. Em... V = 1 — O. D. Myopie de 9 D. sans lésions choroïdiennes (cet œil a du strabisme divergent et est amblyope par défaut d'usage). Il existe un staphylome postérieur. Le père du sujet est également atteint de nystagmus et fait l'objet de l'observation IV. Il existe un frère dont les yeux ne bougent pas.

Le sujet n'a jamais été malade. Il a été réformé pour varices des membres inférieurs. Il ne présente pas de troubles de la sensibilité. Les réflexes patellaires sont normaux. Il ne présente pas de troubles nerveux ni de signes d'une affection des centres nerveux.

Il offre une asymétrie faciale intéressante : la face est déjetée à gauche et rejetée en arrière de ce côté. Le nez est incliné à gauche.

La dentition est assez bonne, mais la langue est tirée à gauche sans qu'il manque de dents de ce côté. Il n'y a pas d'atrophie, pas de modifications du thorax, aucun signe de troubles du côté du système nerveux.

Observation IV. *App... Jean, soixante-quatre ans.* Père du précédent. Nystagmus mixte, horizontal et rotatoire. Vision bonne : emmétropie. Rien d'anormal dans les milieux et le fond de l'œil. Oscillations de la tête nettement pendulaires à amplitudes très courtes semblant comme le nystagmus exister constamment. Les réflexes patellaires sont normaux.

Observation V. *Renseignements fournis par le père de deux enfants.* Le père, M. M..., âgé de trente-deux ans, n'a jamais été malade; il aurait toussé vers l'âge de dix à douze ans. Au régiment, a eu des rhumatismes généralisés sans complication cardiaque. Marié à vingt-six ans avec Mme M..., âgée de trente et un ans, bien portante, pas de nystagmus. Un frère de la mère, âgé de trente-trois ans, a du strabisme et du nystagmus (Obs. VII). Deux autres frères vivants ne présentent rien de semblable. Elle a deux sœurs également bien constituées, mais un cousin germain des deux enfants aurait quelque chose dans le regard (Obs. IX). Le grand père maternel est mort il y a vingt ans environ. La grand'mère maternelle, âgée de soixante-onze ans est bien portante.

*Du côté paternel.* — Un frère du père est bien portant et a des enfants qui sont normaux. Une sœur est également bien portante.

Le fils aîné, Jean-Marie M..., a eu cinq ans au mois de mai 1901. Il est le premier enfant. La grossesse a été normale, l'accouchement a été facile. Il a été élevé au sein par la mère pendant cinq à six mois, puis au petit pot pendant dix-huit mois. A marché à douze mois, a parlé à peu près bien à dix-huit mois, va à l'école depuis deux ans déja. Ne sait pas lire encore. Il est gai et joue bien. Cet enfant a eu, en 1900, des fièvres intermittentes, accompagnées de tremblements généralisés qui ont cédé facilement à la quinine. L'enfant est bien conformé, a une bonne dentition. Les organes n'ont pu être examinés, l'enfant ayant refusé de se laisser déshabiller. Il présente un ganglion rétro-cervical à gauche. Les réflexes patellaires sont normaux. Il ne paraît pas exister de troubles de sensibilité.

D'après le père, le tremblement des yeux aurait toujours existé. Il en serait de même chez le frère cadet.

*Examen des yeux.* — Nystagmus horizontal. Mouvements pendulaires de la tête à amplitude assez grande. *Ces mouvements semblent être compensateurs de ceux des globes oculaires.* Il n'y a pas de strabisme. Emmétropie. Pas d'anomalies ni de lésions des yeux.

Observation VI. *Yves M..., quatre ans.* Est venu au monde facilement. Elevé au sein peu de temps, puis au petit pot. N'a jamais été malade. A marché à douze mois environ. A parlé à peu près à la même époque. Un troisième enfant est mort à l'âge de vingt jours. Le père ne sait pas s'il tremblait des yeux. Chez Yves M... le nystagmus a toujours existé.

*Etat actuel.* — C'est un enfant à gros ventre, à jambes arquées en dehors. Il ne tremble pas des mains. La langue est bonne, l'appétit excellent, les digestions faciles. Les dents petites et noires au niveau des incisives supérieures sont écartées les unes des autres. L'enfant ne présente aucun signe anormal au cœur ni aux poumons. Il n'a pas de polymicro adénopathie. La sensibilité est normale. Les réflexes patellaires sont normaux.

*Examen des yeux.* — Le nystagmus et le tremblement de la tête présentent les mêmes caractères que chez le frère aîné. Pas d'amétropie ni d'anomalies à signaler.

Observation VII. *François Le Br..., trente-trois ans,* oncle maternel des deux enfants précédents. A été réformé du service militaire pour ses yeux. N'a jamais été malade. C'est un alcoolique renforcé.

Sujet suffisamment vigoureux, à dentition bonne, mais les dents sont très mal entretenues. La langue est bonne, l'appétit est bon, les digestions sont faciles. Le sujet ne présente pas de modifications de la voix, il n'a pas de rire ni de pleurs spasmodiques. Il n'a pas de troubles de la sensibilité. Il n'y a pas de tremblement intentionnel des membres supérieurs, et d'une façon générale ne tremble pas.

On constate *une légère mais très nette exagération des réflexes des membres inférieurs (réflexes patellaires) avec une ébauche de trépidation épileptoïde.* Les réflexes des membres supérieurs sont également plus marqués qu'à l'état normal. Il n'a pas de tremblement fibrillaire des muscles.

*Examen des yeux.* — Nystagmus horizontal (qui a toujours existé) plus irrégulier et moins évident que chez les enfants M... Strabisme alternant convergent. Fond d'œil normal. Bonne vision de chaque œil : emmétropie. Pas de tremblement de la tête. Réflexes oculaires normaux. Milieux oculaires normaux.

Observation VIII. Un frère du précédent est mort, il y a vingt-cinq ans, du croup, à l'âge de cinq ans. Il aurait eu, dès son jeune âge, du tremblement des yeux qui a toujours existé. Ce renseignement est donné par les sœurs actuellement vivantes.

Observation IX. *C... Louis Francois, âgé de dix ans,* cousin germain par la mère des deux enfants qui font le sujet des observa-

tions V et VI. Il n'a jamais eu que des maladies insignifiantes. Il a eu deux frères et deux sœurs bien portants dont les yeux ne tremblent pas.

Les parents sont bien portants et n'ont pas de tare nerveuse. L'enfant vit à la campagne, à Pedan-Trahon (Kersaint-Plabennec) où nous l'avons examiné. Indépendamment des parents précédents, nous avons retrouvé, vivant dans le même milieu, une tante, Marie Yv. Le Br..., sœur des sujets des observations VII et VIII, qui ne présente pas de nystagmus.

*Examen des yeux.* — Strabisme alternant convergent intermittent. *Secousses nystagmiques très rares* n'existant que dans les positions extrêmes du regard. Les pupilles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. Kératoscopie. Vue normale. Hm très légère. Fond d'œil normal. Rien dans les milieux de l'œil. *Tremblement de la tête peu accentué, mais nettement pendulaire.*

Nous n'avons pu savoir des parents si le nystagmus a existé dès la naissance. Les renseignements, qui nous ont permis de retrouver ce malade, nous ont été fournis par les parents des sujets des observations V et VI qui vivent loin de cet enfant et qui ont remarqué l'étrangeté de son regard par analogie avec ce qu'ils avaient observé chez leurs enfants. Du reste, le nystagmus est à peine esquissé dans le cas présent ; mais le tableau est le même que chez les enfants M... et de plus il y a du strabisme comme chez l'oncle Le Br...

L'audition est normale. Il n'y a rien dans les grands appareils : le cœur fonctionne bien, la langue est bonne, la dentition est excellente, le tube digestif fonctionne bien. On entend quelques râles de bronchite dans la poitrine de l'enfant qui vient d'être souffrant.

Il n'y a pas d'asymétrie faciale, le thorax est bien conformé. On ne constate de troubles trophiques nulle part. Les organes génitaux sont bien développés. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité à la piqûre et de la sensibilité thermique. On ne constate pas de tremblement des membres, pas de troubles vaso-moteurs.

*Réflexes patellaires.* — *Le réflexe patellaire gauche est plus marqué qu'à droite :* ce signe est surtout sensible quand on percute les réflexes, l'enfant étant assis sur le bord d'une table. Avec de la persistance, on arrive à déterminer *quelques secousses cloniques au niveau du pied gauche,* caractérisées par deux ou trois mouvements de trépidation épileptoïde très nette.

*Signes cérébraux.* — L'enfant s'est bien élevé, est venu au monde facilement, a fait ses premières deuts à sept ou huit mois. Il n'a parlé franchement qu'à l'âge de trois ans et on a remarqué chez lui une certaine paresse de cette fonction. Il sait lire et écrire, son

intelligence est ouverte et sa figure expressive avec un peu d'étrangeté déterminée par son strabisme.

Il a uriné au lit très tard et maintenant encore il lui arrive parfois d'avoir des mictions nocturnes [1].

Nous nous trouvons donc en présence d'une série de malades [2] chez lesquels le tremblement bien loin d'exister à l'état isolé, occupe seulement la première place d'un syndrome morbide plus ou moins complexe. Il ne nous semble pas que jusqu'à présent on ait envisagé cette affection sous ce point de vue ; du moins nous ne connaissons dans la littérature médicale aucun travail inspiré dans ce sens. Nous avons montré au sujet de notre observation de tremblement infantile quelle importance offrait l'étude des ascendants et des collatéraux au point de vue des tares nerveuses qui ont frappé certains d'entre eux. Cette réflexion qui s'applique à toutes les variétés de nystagmus que nous avons passées en revue présente son maximum d'intérêt dans les formes familiales. La loi de l'hérédité similaire que l'on peut inscrire en tête de toutes les affections familiales du système nerveux se retrouve ici fidèlement observée [3] : il semble que ces sortes de sujets aient leurs lésions calquées les unes sur les autres (obs. 1 et 2, 3 et 4, 5 et 6). Parfois cependant d'autres symptômes se surajoutent et viennent compliquer le tableau morbide : par exemple l'asymétrie faciale si intéressante du sujet de l'observation 3, ou bien l'exagération des réflexes avec tremblement épileptoïde du sujet de l'observation 7. Nous ne saurions donc nous associer à l'opinion de M. Achard qui, dans son très important article sur le « Tremblement [4] » se borne à signaler « à propos du nystagmus,

[1] Nous sommes heureux de remercier M. le Dr Normand (de Kerhuon) qui nous a signalé les cas intéressants qui précèdent.

[2] Indépendamment des cas précédents, nous étudions en ce moment l'histoire d'une famille dans laquelle 9 personnes sont frappés de Nystagmus Essentiel congénital : le père, la mère, 1 fille, 4 garçons ; l'un d'entre eux a eu un fils maintenant mort dont les yeux tremblaient ; la fille a 3 enfants dont l'aînée tremble des yeux depuis la naissance.

[3] Voir à ce sujet le Préambule de la thèse de Londe, *Hérédo-ataxie cérébelleuse*, Paris, 1895.

[4] *Traité de médecine et de Thérapeutique*, de Brouardel et Gilbert, t. VIII, 1901, p. 598, *en note*.

qu'il existe parfois *à titre de symptôme isolé*, à l'état congénital, et que ce nystagmus *congénital* peut être *héréditaire*. » Sans doute il peut en être ainsi, mais si l'on se reporte à nos observations, on verra que le plus souvent se surajoutent à ce signe primordial des manifestations nerveuses de même nature, d'origine nettement centrale (inégalité pupillaire, asymétrie faciale, exagération des réflexes). De sorte que l'on pourrait, en se basant sur la complexité du syndrome, établir une série de types morbides plus ou moins complexes et suivant une sorte de progression ascendante en raison de leur complexité même :

1er *type*. — Nystagmus essentiel, manifestation isolée.

2e *type*. — Nystagmus essentiel avec symptômes nerveux variables surajoutés : asymétrie faciale, inégalité pupillaire.

3e *type*. — Nystagmus essentiel avec symptômes nerveux spéciaux : exagération des réflexes, trépidation épileptoïde.

4e *type*. — Manifestation *familiale* de ce même symptôme (tremblement) isolé ou associé à plus ou moins d'autres signes nerveux surajoutés.

Une pareille classification n'a évidemment d'autre mérite que sa simplicité. On ne saurait en effet regarder ces types comme les représentants d'une lésion centrale progressivement croissante d'après la variété considérée. D'ailleurs nous n'avons entrepris ce travail qu'à un point de vue purement clinique et les hypothèses que nous allons maintenant faire au point de vue de la pathogénie probable de ces tremblement résulteront des connaissances acquises par nos devanciers. Elles auront pour but de tenter de rattacher ces manifestations aux divers groupes des maladies familiales actuellement admises dans la science.

Dans l'article « Nystagmus » publié dans le Dictionnaire de Jaccoud, M. Abadie signale l'important travail du Dr Gadaud[1] déjà ancien dont nous extrayons cette donnée : le symptôme a pu se rencontrer dans nombre d'affections cérébrales sans que la lésion paraisse avoir de territoire spécial; pourtant dans aucun cas les parties antérieures du cerveau n'ont été lésees, plusieurs fois la substance grise des circonvolutions a été atteinte dans le lobe occipital, d'autres fois c'était le corps strié, la couche optique, enfin le cervelet et

[1] Etude sur le Nystagmus, Paris, 1869.

la protubérance. M. Abadie insiste à juste titre sur l'absence de précision de la localisation topographique de la lésion trouvée à l'autopsie. Toutefois les altérations semblent siéger de préférence dans le lobe occipital. Il rapproche de ce fait les observations publiées dans la thèse du professeur Landouzy, où, dans certaines affections cérébrales accompagnées de troubles de la motilité des muscles de l'œil, la lésion siégeait plusieurs fois au niveau du *pli courbe*. Il ajoute encore que le nystagmus existe quelquefois dans les affections qui intéressent la partie supérieure de l'axe spinal et plus spécialement au niveau de la jonction du bulbe rachidien à la protubérance annulaire. Ce nystagmus peut être reproduit expérimentalement quand on vient à léser, comme ont fait Gadaud et Vulpian, le plancher du 4e ventricule et même les corps restiformes. « L'apparition du nystagmus à la suite de lésions de cette région n'a rien qui doive nous étonner si l'on songe que c'est là précisément que se trouvent les noyaux d'origine du moteur oculaire commun et du moteur oculaire externe qui, soit directement, soit par voisinage peuvent être intéressés. Dans le nystagmus d'origine cérébrale, c'est probablement le centre excito-moteur de l'écorce d'où part la volition qui est atteint ; dans le nystagmus médullaire, c'est le noyau où se rend l'excitation venue de la périphérie et d'où part l'excitation nerveuse qui se rend au muscle. » (Abadie L. C. p. 223-224).

Plus récemment M. Uhthoff[1] dans un important mémoire distingue du *nystagnus vrai* accentué et très apparent, qui dépend d'une lésion bulbaire ou cérébral, les *secousses nystagmiformes* qui se produisent seulement dans les positions forcées des yeux, et qui proviendraient d'une parésie disséminée des nerfs moteurs du globe oculaire.

M. Achard[2] analyse les hypothèses proposées pour expliquer le tremblement, dont on a placé la cause dans les centres nerveux, les conducteurs, les muscles.

*a.* « Les centres nerveux pourraient provoquer le tremblement soit par défaut d'impulsion, soit par excès : ce phénomène semble pouvoir être lié tantôt à un état de dépression

[1] Cité par Mosny. *Manuel de médecine*, Debove-Achard, t. III, art. *Sclérose en plaques*, p. 613.

[2] *Loc. cit.*, p. 600.

tantôt à un état d'excitation des centres nerveux. La première interprétation conviendrait au tremblement qui accompagne la fatigue, l'anémie, la cachexie. L'excitation exagérée des centres ferait que les cellules se déchargeraient en plusieurs temps ; la conductibilité des prolongements cellulaires ne serait plus suffisante pour laisser passer assez vite tout le courant venu de la cellule surchargée. C'est dans les cas de cet ordre que les phénomènes spasmodiques (contracture, exagération des réflexes) s'observeraient. »

*b*. La conduction défectueuse serait la cause du tremblement dans la sclérose en plaques par exemple : dans cette affection les cylindraxes sont conservés, leur gaine de myéline est en voie de destruction. Charcot a comparé cet état à celui des fils électriques mal isolés et a cherché à expliquer le tremblement par le mauvais état des conducteurs qui ne laissent passer le courant que par saccades.

*c*. Enfin on a cherché à expliquer le tremblement soit par des altérations des fibres musculaires, soit par des troubles nutritifs des muscles résultant de lésions vasculaires et de modifications du sang (Spring, Blocq, Lemke).

Il est certain, dit M. Achard, que l'hypothèse d'un trouble primitivement musculaire ne saurait être admise dans la plupart des cas. Le rôle du système nerveux central a été démontré expérimentalement. Vulpian a établi que dans le tremblement provoqué par la nicotine chez la grenouille, l'action du bulbe intervient, car le tremblement persiste lorsqu'on enlève les autres parties de l'encéphale tandis qu'il cesse si l'on sépare la moelle du bulbe. Le tremblement intentionnel a été reproduit par Pasternotsky au moyen de lésions des cordons antérieurs de la moelle et de la partie antérieure des cordons latéraux. « Chez l'homme, ajoute M. Achard, l'association du tremblement à divers mouvements anormaux comme la chorée, l'athétose, dans certaines lésions de l'encéphale tend aussi à démontrerle rôle des centres nerveux. »

En possession de ces connaissances, pouvons-nous tenter de rattacher les nystagmus congénitaux et les tremblements infantiles à une altération définie du système nerveux central Sans vouloir empiéter sur le domaine de l'anatomie pathologique, nous serions tentés de les considérer comme liées à des causes multiples : malformation des cellules motrices

de l'écorce grise, altérations cellulaires fines des noyaux d'origine des nerfs moteurs de l'œil, défaut de conductibilité du cylindraxe peut être placé sous la dépendance de leur enveloppe myélinique. Peut être même dans certains cas serait-on en droit d'invoquer des lésions plus grossières : des foyers multiples d'hémorragies ponctiformes survenant au moment de la naissance chez des sujets prédisposés et analogues à celles qui accompagnent certaines grandes infections sanguines : l'anémie pernicieuse protopathique, par exemple. On sait depuis Kölliker que les divers faisceaux blancs de la moelle ne sont pas tous engainés de myéline péricylindraxile à la naissance et que ce n'est que plus tard qu'ils arrivent à leur état de développement parfait. Si sous l'influence de causes ancestrales ou contingentes, ce développement reste incomplet, s'il y a une déviation dans l'achèvement définitif de la fibre nerveuse, cette modification associée à une malformation possible des cellules corticales ou nucléaires donnerait lieu au tremblement infantile ou oculaire et pourrait s'accompagner d'autres symptômes insolites révélateurs de la malformation : inégalité pupillaire, asymétrie faciale, exagération des réflexes. Toutefois on ne saurait rattacher ce vice de fonctionnement du système nerveux à une lésion systématisée.

Néanmoins et pour spécieuse qu'elle puisse paraître, cette conception nous permet d'envisager les tremblements que nous avons passés en revue, à un point de vue plus général. Ils nous semblent en effet présenter les premiers chaînons de cette nombreuses série de maladies congénitales dont le cadre nosologique s'enrichit tous les jours. *A un premier stade*, l'atteinte légère du système nerveux s'accompagnerait de lésion diffuses et rudimentaires de nature indéterminée, entraînant la production de tremblements divers : *nystagmus simple* ou *tremblement infantile* du type de l'observation de MM. Raymond et Cestan. *A un degré plus avancé* répondant peut être à des lésions plus disséminées et en certains points plus profondes se rattacherait les *Nystagmus avec malformation diverses :* inégalité pupillaire, asymétrie faciale, mouvements incoordonnés des membres. Plus élevés dans la série morbide nous paraissent être les *nystagmus avec symptômes surajoutés speciaux* en particulier l'exagération des réflexes pouvant déjà traduire une tendance à la

systématisation des lésions. Enfin nous trouvons un chaînon intermédiaire très important dans les nystagmus et les tremblement infantiles *familiaux* qui rattacheraient en affections congénitales à certaines des maladies familiales systématisées. Par quelques-uns de leurs caractères, ils relient à la *sclérose en plaques familiale* dont l'existence est aujourd'hui admise sans conteste, et enfin à l'*hérédo-ataxie cérébelleuse* qui représenterait le terme le plus élevé et le plus complet de cette série morbide.

En résumé et bien qu'il manque à notre hypothèse la confirmation anatomique qui seule serait juge de la valeur des arguments que nous proposons, nous avons cru devoir les faire connaître. De pareilles lésions sont heureusement longtemps compatibles avec la vie, et ce n'est que chez des sujets hospitalisés que l'on pourra quelque jour se rendre compte de l'état des centres nerveux au cours d'une affection somme toute aussi légère que celle que nous venons d'étudier. On ne peut attendre que du temps et de nouvelles observations suivies d'autopsies la preuve de la justesse de notre hypothèse. Toutefois on peut se demander si de pareils sujets persisteront indéfiniment dans le type morbide qu'ils ont présenté jusqu'alors et s'il ne viendra pas s'ajouter à un moment donné de leur existence des symptômes nouveaux d'une affection nerveuse nettement caractérisée comme la maladie de Friedreich pour les formes isolées, comme l'hérédo-ataxie cérébelleuse pour les variétés familiales. Le fait est possible, bien qu'aucun des adultes que nous avons observés n'ait présenté jusqu'à présent une pareille évolution à moins qu'on ne considère comme une ébauche de ces grandes affections les symptômes surajoutés. Il est probable aussi que l'on pourra trouver dans la même famille des types différents ressortissant les uns à la névrose trémulante, les autres aux formes plus complexes des maladies héréditaires. Il est de fait qu'à mesure que les affections nerveuses sont mieux connues, des faits jusqu'alors mal classés, prennent rang dans les grandes catégories bien déterminées au point de vue anatomique et séméiologique. En outre, il est rare qu'une affection en somme légère préoccupe les personnes atteintes et certains de nos sujets sont venus consulter pour une cause étrangère à leur nystagmus surtout lorsqu'il était peu prononcé et qu'il n'entravait pas la vision. La classification

que nous proposons n'est probablement que provisoire ; le rang que nous avons assigné aux Nystagmus et aux Tremblements essentiels dans le cadre des maladies nerveuses sera sans doute l'objet de remaniements successifs, mais nous aurons atteint notre but si nous avons réussi à mettre en relief certains de leurs caractères qui nous avaient frappés et surtout si de nouvelles recherches viennent apporter la lumière sur ces parties encore obscures de la science médicale.

---

# RECUEIL DE FAITS.

## Note sur un cas de délire épileptique;

Par le Dr A. PETIT.

On sait depuis les travaux de Magnan et de son élève Respault que le délire épileptique est le produit de deux facteurs : 1° l'état cérébral; 2° l'ictus épileptique. Ce dernier peut déterminer depuis l'acte le plus inoffensif jusqu'au crime le plus horrible : sous son influence, tel malade s'obstine à boire dans un verre vide, tel autre vole à l'étalage, celui-ci se suicide, celui-là tue un passant inoffensif qu'il rencontre sur son chemin. Ce sont là des actes qui ont été enregistrés avec soin depuis longtemps par les auteurs. Mais pourquoi l'ictus épileptique provoque-t-il tantôt un acte insignifiant, tantôt un acte dangereux? C'est qu'il n'y a pas à considérer chez un malade que son épilepsie; si la névrose entre pour une grande part dans la production du délire épileptique, elle ne le constitue pas tout entier. « Il y a un autre élément qui entre en ligne de compte : c'est la personnalité mentale de l'individu faite de l'ensemble de ses dispositions morales, de ses habitudes, de ses acquisitions intellectuelles et autres, saines et morbides ». C'est ce que Respault a appelé « l'état cérébral », état indépendant de l'épilepsie, antérieur au paroxysme ; en sorte que l'ictus

**n'est d'après cette théorie qu'un choc accidentel, une sorte de traumatisme qui déterminera telle manifestation délirante selon la nature du terrain mental qu'il viendra frapper. C'est, comme le montre l'observation suivante, l'ictus qui provoque l'acte inconscient épileptique, mais c'est l'état cérébral antérieur de l'individu qui en fait les frais et en règle la nature.**

J. Ch..., quarante ans, sommelier, est le troisième enfant d'une nombreuse famille. Trois de ses frères sont morts en bas âge; deux sœurs sont bien portantes; le père est mort à l'étranger d'accidents paludéens ; sa mère est morte des suites d'une affection cardiaque à cinquante-deux ans; elle était sujette à des tics de la face.

Le malade est un homme d'une intelligence moyenne, ayant reçu une bonne instruction primaire. Pendant l'enfance on note : urination au lit jusqu'à l'âge de onze ans, mais sans accidents convulsifs constatés; pendant l'adolescence, un développement tardif au point de vue physique coïncidant avec des accès de fièvre contractés pendant un séjour prolongé en Turquie. J. Ch... n'a pas fait de service militaire, ayant été réformé pour atrophie du médius de la main gauche. C'est à l'âge de vingt-trois ans que notre sujet semble avoir été pris de ses premières manifestations comitiales : il habitait alors avec sa sœur, et celle-ci, surprise une nuit de l'entendre gémir dans la chambre à côté de la sienne, accourut et le trouva dans son lit une écume sanglante aux lèvres, hébété, ayant complètement perdu le souvenir de ce qui venait de se passer. L'année suivante, étant à table, il aurait pâli tout d'un coup, serait devenu inconscient et transporté sur son lit, il aurait eu une « violente attaque de nerfs ».

Le 16 mai 1895, à la suite d'un délire qui aurait éclaté subitement deux jours auparavant, J. Ch... entre à l'infirmerie spéciale du dépôt, où le Dr Garnier constate qu'il est atteint de : « délire maniaque avec inconscience absolue; répétition automatique du même geste et du même mot (il frappe dans ses mains et prononce le mot m...); morsure profonde de la langue ; insomnie complète ». Le malade est ensuite interné à Sainte-Anne, d'où il est transféré à l'asile de Ville-Evrard. Deux mois après, J. Ch... est remis en liberté et considéré comme guéri de son accès. Il reprend son métier de sommelier qu'il exerce jusqu'en octobre 1901. Il est à peine besoin d'ajouter que de par sa profession, cet homme était sujet à des habitudes alcooliques (excès de bière).

En août 1901, sous l'influence de sa névrose et de l'alcoolisation, J. Ch... devient triste, mélancolique, sujet à une insomnie fréquente, à de violents maux de tête, à des troubles digestifs de toutes sortes. Inquiet de sa santé, il redoute pour lui la venue de

nouveaux accidents cérébraux capables de l'obliger à un nouvel internement ; cette crainte l'obsède et augmente son état de tristesse. Le 14 octobre 1901, il est pris d'un violent accès convulsif, avec perte complète de connaissance. Des voisins viennent à son aide et le trouvent, à la suite de l'attaque, en proie à un délire maniaque très violent. D'après les renseignements, il paraissait alors avoir des hallucinations effrayantes, tenait des propos incohérents, au milieu desquels il demandait à être interné et parlait de l'infirmerie du Dépôt. Laissé seul, il se rend comme poussé en apparence par une impulsion irrésistible au commissariat de police, où il dit être malade et demande à être dirigé sur l'infirmerie du Dépôt, où le Dr Legras constate qu'il est atteint de « dépression mélancolique paraissant consécutive à une attaque comitiale avec inconscience, inertie. mutisme, refus d'alimentation ». On note également sur le certificat des habitudes alcooliques.

C'est dans cet état que J. Ch... est transféré à l'Admission (service du Dr Magnan), où nous avons eu l'occasion de l'examiner. C'est un garçon bien constitué au point de vue physique. Les organes sont sains ; l'urine est normale; pas de signes d'hystérie ; une morsure profonde de la langue; un peu de tremblement des mains ; le malade avoue du reste quelques excès de boisson. J. Ch... est lucide au moment où nous l'interrogeons pour la première fois; il raconte volontiers son histoire, disant que depuis trois ans il a pendant la nuit de petites attaques : il se lève fréquemment le matin avec la tête lourde, la langue douloureuse, l'oreiller taché de sang, le lit mouillé, et il a travaillé dans ces conditions jusqu'au 12 octobre 1901. Depuis quelques jours cependant, inquiet de son état, il parlait de se faire soigner. Mais il ne se souvient plus de sa visite au commissariat et de son entrée à l'infirmerie du Dépôt. Il ne reprend connaissance que le matin du 14 octobre, et paraît tout surpris de se trouver à l'asile, ne sachant pas comment il y est venu. Le malade reste dans cet état pendant tout son séjour dans le service, ne conservant aucun souvenir des circonstances qui ont précédé son internement. Il est transféré le 4 novembre 1901 à l'asile de Ville-Evrard.

Nous avons là assez de documents pour affirmer que J. Ch... est un épileptique, dont l'état comitial a été provoqué par l'influence réciproque de l'alcoolisation et de la prédisposition héréditaire. Ce qu'il y a de particulier dans son histoire, c'est ce fait qu'il ait causé lui-même son internement au cours d'une crise convulsive, internement effectué dans des conditions assez compliquées, puisque le malade a dû se rendre lui-même au commissariat de police de son quartier et paraître là assez souffrant pour être transféré

d'office à l'infirmerie du Dépôt. Or, tous ces faits sont englobés dans l'amnésie que présente le sujet. Nous l'avons maintes fois interrogé sur ces événements, et l'absence de souvenir est restée totale et continue en ce qui le concerne. Cette amnésie est le meilleur argument que l'on puisse invoquer en faveur du caractère comitial qu'il convient d'attribuer à l'accès délirant, hallucinatoire et convulsif qui a précédé, accompagné et suivi l'internement.

Ceci étant admis, comment expliquer qu'au cours de l'accès comitial, le sujet ait accompli un acte revêtant toutes les apparences d'un acte volontaire. logique et conforme à son intérêt personnel ? C'est ici que l'hypothèse émise par Respault a lieu d'intervenir. En dehors de sa manifestation épileptique, ce malade avait un « état cérébral » qui le faisait se préoccuper et à juste titre de sa santé, et comme conséquence l'excitait à recourir aux soins médicaux qu'il avait déjà reçus auparavant. L'ictus épileptique a provoqué l'accomplissement d'un acte logique eu égard à la situation du sujet, acte logique dont l'aboutissant a été l'internement, et cela à la faveur d'un délire automatique, non créé de toutes pièces, mais puisant tous ses éléments dans une impression ancienne. C'est par un mécanisme psychologique analogue qu'un certain nombre d'épileptiques se livrent à des tentatives d'homicide ou de suicide en apparence inexplicables, mais qui puisent leur origine dans un état cérébral pathologique, au lieu que dans l'observation actuelle, l'état mental subconscient n'a jamais fait naître que des préoccupations intellectuelles légitimes et pour ainsi dire normales.

---

CONGRÈS ANNUEL DES MÉDECINS ALIÉNISTES

Paris, le 3 juillet 1902.

Le Président du Conseil, ministre de l'Intérieur et des Cultes, à MM. les préfets.

Je vous ai déjà signalé l'intérêt qu'ont les asiles d'aliénés, qu'ils soient publics ou privés, à faire acte d'adhésion aux congrès annuels des médecins aliénistes. Je vous informe que le prochain congrès se tiendra à Grenoble du 1er au 8 août. Vous voudrez bien rappeler aux asiles et maisons de santé existant dans votre département, mes recommandations antérieures. La dépense résultant de l'adhésion est tres faible et l'avantage est grand pour les établissements de posséder dans la bibliothèque et de pouvoir consulter incessamment les volumes où les travaux des congrès sont reproduits. Pour le Président du Conseil, ministre de l'Intérieur et des Cultes, le Secrétaire général, Ed. COMBES.

# L'HYSTÉRIE DE SAINTE THÉRÈSE

PAR LE Dr ROUBY

---

MON BUT. — Ce travail n'est pas seulement une étude sur un point d'aliénation mentale; sous sa forme scientifique, il éclaire un chapitre important de l'histoire ecclésiastique. De même que l'hystérie avait joué un très grand rôle pendant le Moyen-Age avec les sorciers et les possédés du démon, de même l'hystérie, pendant la Renaissance et les siècles suivants, continua de régner en maîtresse dans la vie religieuse de l'Europe. Les saints et les saintes, les bienheureux et les bienheureuses, presque tous les canonisés d'alors furent, on peut le dire, des hystériques méconnus.

Ce sont les découvertes des symptômes de cette maladie, découvertes qui datent d'un demi-siècle à peine, qui permettent aujourd'hui de déchiffrer beaucoup de points obscurs de l'histoire religieuse. Vous connaissez ces grilles et ces clefs qui, placées sur des dépêches chiffrées, permettent de les lire et de les comprendre ? De même, en superposant les symptômes hystériques sur les faits miraculeux, on en reconnaît l'identité parfaite.

La connaissance exacte des symptômes de l'hystérie doit donc amener la revision de l'histoire des Religions, et c'est par là que ce travail peut avoir une importance particulière.

Pasteur, par la découverte des microbes et des ferments, a fait une révolution telle, que les livres de médecine écrits avant lui ne peuvent plus servir à l'instruction des nouvelles

couches de savants; les volumes coûteux achetés par le père ne sont plus utilisés par le fils, étudiant à son tour; les nouveaux livres ont relégué, au fond des armoires, des milliers de volumes devenus inutiles. Brusquement un fait nouveau s'est produit, et devant ce fait, il a fallu nous incliner : la vérité fait toujours loi.

Or, un fait nouveau s'est produit aussi en aliénation : la découverte de l'hystérie; devant ce fait d'une importance immense doivent s'incliner tous les hommes ayant assez de science pour savoir, ayant assez d'intelligence pour comprendre, ayant assez de raison pour discerner le vrai du faux, fussent-ils, ces hommes, élevés dans les principes les plus étroits de la doctrine des Églises. La vérité doit faire loi, pour eux comme pour nous.

Aujourd'hui tenant haut et ferme le flambeau que d'autres avant moi ont allumé, je vais essayer de montrer, à l'aide de cette lumière savante, que des faits réputés miraculeux ne sont autre chose que des faits maladifs, et que la canonisation de sainte Thérèse ne fut autre chose que la canonisation de l'Hystérie.

La vie de sainte Thérèse. — Parmi les plus célèbres illuminées à qui l'hystérie méconnue, donna, sous sa lueur factice, un grand éclat religieux, il faut citer en première ligne sainte Thérèse : c'est elle la plus illustre, la plus complète, la plus favorisée en apparitions et en miracles ! c'est elle, pour ainsi dire, le modèle qu'ont plus tard imité les sœur Clément, les sainte Catherine, les Marie Alacoque et toute une procession de saints et de saintes qui sortiraient, si on voulait les évoquer, des gros volumes des Bollandistes. C'est peut-être aussi, au point de vue de l'hystérie, celle qui présente la forme la plus classique, la plus clinique pour parler en médecin, celle dont les accidents nerveux se succèdent dans l'ordre le plus régulier. On croirait, en lisant son autobiographie, avoir sous les yeux l'observation d'une de ces malades qui peuplent nos asiles d'aliénés, à cette différence que ce que nous appelons symptômes plus ou

moins graves de la maladie, elle le nomme états plus ou moins grands de la grâce ou Communion plus ou moins complète avec Jésus-Christ. Disons de plus que ses écrits, même à travers la traduction, forcent parfois notre admiration par la beauté du style, par la splendeur des images et par la profondeur des concepts. Avec sainte Thérèse nous n'avons plus affaire à une hystérique de bas étage, aux conceptions imaginatives grossières, nous avons affaire à une très grande dame, à éducation soignée, à instruction étendue, sachant exprimer en un style admirable ses impressions maladives.

Née en 1515, à Avila, en Vieille-Castille, de parents de haute noblesse, Thérèse de Cépèda fut élevée dans les principes d'une ardente piété ; elle perdit sa mère lorsqu'elle était enfant.

« Ma mère, écrit-elle, était très vertueuse ; elle avait une grande modestie, et quoiqu'elle fût très belle, jamais on ne la vit se prévaloir de sa beauté ; elle fut longtemps sujette à de grandes infirmités qui la firent beaucoup souffrir ; elle mourut à trente-trois ans. »

Notons cet état maladif et cette mort prématurée : si Thérèse est faible et si l'hystérie se développe très vite chez elle, c'est que le terrain est préparé d'avance et qu'elle hérite de cette mère une constitution délicate et peu résistante au mal.

Son enfance romanesque. — Dès le plus jeune âge, Thérèse manifesta un esprit romanesque ; avec cet ascendant bizarre qu'ont les petites filles nerveuses sur les petits garçons, à l'âge de huit ans, elle décida un de ses compagnons à partir avec elle du côté de l'Andalousie et de l'Afrique pour subir le martyre chez les Maures. Reconduits à la maison par un oncle qui les rencontra en chemin, ils résolurent de se faire ermites, et pour cela construisirent au fond du jardin paternel une grotte en pierres ; là ils commencèrent une vie de prières et de privations ; il fallut

quelques punitions pour leur enlever ce goût prématuré des macérations et les ramener aux jeux de l'enfance.

Son entrée au couvent. — A l'âge de douze ans, Thérèse n'ayant plus sa mère pour la surveiller, se mit à fréquenter des jeunes gens ; elle se plaisait tellement en leur compagnie que son père, le comte de Cépèda, se vit obligé de la mettre au couvent de l'Incarnation d'Avila ; mais dans ce monastère on était très mondain et le parloir était le salon du monde élégant ; là, les seigneurs galants et pieux de la ville, ceux de Vieille-Castille et autres provinces d'Espagne, venaient charmer l'esprit et amollir le cœur des religieuses affamées de savoir et de tendresse. Sainte Thérèse y prenait un plaisir extrême ; elle éprouvait une jouissance singulière à côtoyer cet abîme où chaque jour elle se voyait prête à tomber ; la seule crainte de Dieu, nous dit-elle, la retint et l'empêcha de commettre le péché mortel. Un jour, sous l'influence d'une hallucination, elle rompit brusquement avec ses amitiés mondaines et Dieu seul resta l'objet de son amour. Nous dirons bientôt les ardeurs mystiques, les illusions sacrées, les hallucinations divines qui lui firent tenir Jésus pour son seul amant.

Ses directeurs. — De même que nos névrosés modernes changent souvent de médecins, cherchant partout remède à leurs maux imaginaires, ainsi Thérèse changea souvent de directeur spirituel : « Je n'avais pas trouvé encore de confesseur qui me comprît dit-elle, je fus même vingt ans à en chercher un inutilement ».

Comment un confesseur aurait-il pu savoir ce que seul pouvait démêler un médecin ; son corps était malade, son âme ne l'était pas. Elle conserva pourtant, non comme confesseur mais comme directeur, François de Salcedo avec qui elle fut toujours liée d'une sainte amitié ; le portrait qu'elle en fait dans ses Mémoires montre combien elle avait de goût pour lui. François de Salcedo fut très utile à sœur Thérèse dans ses fondations et l'accompagna dans la plupart.

Elle ne l'appelle que le saint gentilhomme; comme, tout marié qu'il était, il avait suivi pendant vingt ans les écoles de théologie des Dominicains, il était le conseiller intime de sœur Thérèse à qui il faisait des visites régulières. Ordonné prêtre après la mort de sa femme, il entra comme chapelain au couvent de Saint-Joseph d'Avila dont Thérèse était la supérieure.

Elle eut aussi longtemps comme confesseur et directeur le père Pradanos de la Compagnie de Jésus. En 1557 le célèbre jésuite François de Borgia, à son retour du couvent de Saint-Just dans l'Estramadure, où il avait visité le vieil empereur Charles-Quint, s'arrêta au couvent d'Avila. Si Thérèse n'eut avec lui que deux entretiens sur les grâces ordinaires dont Dieu la favorisait, elle continua de lui écrire de longues et fréquentes lettres, qui, très goutées, furent imprimées plus tard. Mais dans l'état de trouble et d'angoisse morale où la maladie la plongeait, Thérèse ne trouvait pas toujours le calme et la guérison qu'elle cherchait, malgré les consultations des plus célèbres directeurs de conscience de l'Espagne.

Les années de maladie. — Pendant vingt-cinq années, sœur Thérèse fut en proie au démon de l'hystérie : pour raconter les événements de cette période, il faut décrire les symptômes de son mal; ce sont les paroles mystiques entendues, ce sont les spectacles extraordinaires vus, ce sont les sensations amoureuses éprouvées, qui forment la trame de cette existence tout à la fois religieuse et maladive; elle nous en fera le récit plus tard, lorsque, la période active de l'affection ayant disparu, laissera l'esprit en repos et permettra d'autres préoccupations que celles de son mal.

Quelquefois Thérèse comprendra le non réel de ses visions et de ses voix; parfois elle les attribuera au malin esprit; quelquefois elle se demandera si sa raison n'est pas égarée. « Prenez pour vous seul les choses où vous verrez que je sors des limites de la raison », dit-elle à son confes-

seur, « car je ne crois pas que ce soit moi qui parle depuis ce matin ».

Cela dura jusqu'au retour d'âge, époque où le calme renaît peu à peu, calme relatif, si l'on veut, car de sourdes hallucinations et quelques symptômes nerveux persistent encore; mais enfin c'est le repos; elle y arrive comme dans un oasis, bien qu'elle entende encore au loin les grands vents du désert siffler à travers les dunes désolées, bien qu'elle sente parfois les tourbillons de sable, que le simoun apporte jusque dans sa retraite. Alors seulement elle commence son œuvre, c'est-à-dire la rénovation de l'ordre des carmélites hommes et femmes, dont elle passe pour la fondatrice ; alors seulement elle écrit ses ouvrages de sainteté qui lui ont mérité le surnom de Docteur en théologie; alors seulement elle commence de mémoire, sur la demande de ses directeurs, son autobiographie qui nous la peint si bien et qui montre avec tant de précision pour les chrétiens tous les degrés de sa sainteté et pour les médecins toutes les étapes de sa maladie.

Ses œuvres littéraires. — Les ouvrages de sainte Thérèse sont au nombre de cinq :

1° Une relation de sa vie où nous avons puisé pour la confection de ce travail; 1562 (*Relacion de su vida*) ;

2° le chemin de la Perfection (*el Camino de la Perfectione*) livre de morale chrétienne écrit pour l'enseignement de ses religieuses ;

3° Le livre des fondations, qui est l'histoire des monastères fondés ou réformés par elle (*El Libro de los fundaciones y los moradas*) ;

4° Le château intérieur (*El Castillo intérior*), ouvrage mystique où la sainte amenant une âme aux portes d'un château fort, la conduit d'enceintes en enceintes jusqu'au septième séjour, palais de Jésus-Christ;

5° Enfin les Pensées d'amour de Dieu (*los Conceptos de Amor de Dios*), espèce de glose sur le livre des cantiques de Salomon.

A ces écrits dont les quatre premiers parurent de son vivant, il faut ajouter ses lettres (*Las Cartas*) qui furent recueillies après sa mort; la plupart contiennent des leçons évangéliques ou des discussions doctrinales formant ainsi autant de petits traités de théologie. Thérèse fit aussi quelques poésies; son sonnet[1] au Christ crucifié est resté célèbre en Espagne; mal traduit en vers français par Sainte-Beuve, Firmin-Didot et d'autres poètes, il ne peut être bien goûté que dans le texte espagnol.

Elle y exprime admirablement son immense ardeur pour Dieu, son amour plus fort que le ciel et l'enfer, amour qui la laisse indifférente à toutes choses, amour sans lequel elle ne peut vivre.

Ce qui gâte pour nous ses écrits, c'est qu'ils sont trop remplis par des opinions théologiques et par des considérations dogmatiques qui en rendent parfois la lecture pénible; c'est alors trop le docteur en théologie et pas assez la femme de lettres qui tient la plume.

Au XVI^e siècle déjà, il y avait une foule d'impitoyables ergoteurs qui faisaient asseoir le syllogisme dans les chaires des écoles et, quoique femme et nonne, Thérèse fut de son

[1] Voici ce sonnet :

No me mueve, mi Dios, para quererte
El cielo que me tienes prometido
Ni me mueve el infierno tan temido
Para dejar par eso de ofenderte

Tu me mueves, mi Dios, mueveme el verte
Clavado en esa crux y escarnecido
Mueve verte cuerpo tam herido
Mueve las angustias de tu muerte !

Mueve en fin de tel manera
Que aunque no hubiera cielo, yo te amara
Y aunque no hubiera infierno, te tenieria

No me tienes que dar, por que te quiera
Porque, si cuanto espero, no esperara
Lo mismo que te quiero, te quisiera

temps et se posa parfois en savante, mais dans l'aridité de ses livres se rencontrent toujours d'ingénieuses comparaisons et sur leur didactisme ennuyeux s'étalent des formes agréables.

Ses livres preuves de sa maladie. — C'est pourtant dans ces livres que nous avons trouvé et puisé les preuves d'hystérie dont ils fourmillent et nous font regarder Thérèse comme atteinte de mal hystérique. Bien que dans ses narrations, elle ne nous donne pas toujours la description complète des symptômes qu'un aliéniste aurait pu saisir, bien qu'elle néglige souvent de nous en décrire quelques-uns pour laisser la place aux faits d'ordre psychique, notre diagnostic sera suffisamment éclairé par ses récits ; de plus, en lisant entre les lignes, chose facile avec elle, nous pourrons trouver le supplément d'informations que nous cherchons.

Ses sentiments. — Comme femme, elle eut de grandes passions : son cœur aimant alla de bonne heure vers les hommes et elle y revenait sans cesse, lorsque ses vœux monastiques finirent par tourner son amour tendre et ardent vers Jésus qu'elle adora et dont elle prit désormais le nom « Thérèse de Jésus » sous prétexte qu'elle était son épouse spirituelle ; elle continua pourtant à conserver des pensées affectueuses pour toutes les créatures humaines, plaignant les pécheurs et parfois même le diable après l'avoir maudit ; elle eut à l'égard de ce dernier un mot touchant : « Le malheureux ne sait pas aimer ! »

La vieillesse. — Puis la vieillesse vient, amenant l'apaisement de la maladie ; dans le prologue du *Château intérieur*, une de ses œuvres, Thérèse décrit ainsi son état physique et moral tel qu'il était le jour de la Trinité de l'année 1577, dans le monastère de Tolède dont elle était la supérieure : elle avait alors cinquante-deux ans ; elle éprouvait, dit-elle, une grande difficulté d'écrire, et il lui semblait que le Seigneur ne lui donnerait ni l'esprit ni la volonté pour

mener à bien cet ouvrage. Si pourtant le livre était profitable à quelques âmes il fallait en rapporter la gloire à Dieu seul; comme les oiseaux, à qui on apprend à parler et qui ne savent que ce qu'on leur enseigne ou ce qu'ils entendent, ainsi sainte Thérèse répète ce que le Seigneur veut bien lui dicter. Comme santé physique, elle éprouvait un tel bruit dans la tête et une telle faiblesse dans le corps qu'à peine pouvait-elle écrire pour des affaires pressées; elle luttait péniblement contre des maladies incessantes, et elle était sans force pour vaquer à ses occupations variées. Ne croirait-on pas entendre ces nerveuses qui semblent accablées et prêtes à mourir, et qui se réveillent sans cesse pour accomplir de dures besognes que leur état languissant ne semble pas devoir permettre ? il suffit qu'une nécessité matérielle, qu'un plaisir désiré leur donne le coup de fouet de l'émotion pour que leurs muscles deviennent d'acier et accomplissent des choses surprenantes; on trouvera souvent chez les hystériques ces états de langueur et de fausse faiblesse accompagnés de douleurs aussi nombreuses qu'il y a de rameaux de nerfs dans le corps humain; toujours prêts à mourir, ils vivent de longues années.

C'est ainsi que se passera la fin de la vie de sainte Thérèse, mêlant sa faiblesse à son activité, sa santé vraie à ses maladies imaginaires, entreprenant la réforme de nombreux couvents, et menant à bien toutes choses; croyant défaillir à chaque instant en étant toujours debout. Sainte Thérèse, à la fin de sa vie, vint habiter un couvent qu'elle avait fondé, celui d'Alba de Tormès, près Salamanque. Peut-être avait-elle choisi cette dernière résidence pour vivre auprès du terrible duc d'Albe, don Fernando de Toledo, qui, pendant les huit années de sa disgrâce, avait dû se retirer dans son palais ducal, dont les hautes tours crénelées dominent encore le couvent. C'est là que sainte Thérèse mourut en 1582 à l'âge de 67 ans; c'est là que se trouve son tombeau élevé au siècle dernier et peu remarquable au point de vue de l'art.

L'HYSTÉRIE. — Nous connaissons maintenant le sujet, c'est-à-dire l'état physique et moral de Thérèse ; voyons ce que l'hystérie va produire dans ce corps débile et dans cette intelligence supérieure.

CAUSES DE LA MALADIE. — Je lis quelque part, dans sa vie, que Thérèse fut atteinte dans sa jeunesse d'une fièvre double quarte dont elle put difficilement se débarrasser ; les accès très violents étaient précédés de frissons et accompagnés de grandes douleurs généralisées ; c'est à ces fièvres qu'elle attribuait ses défaillances ; il est possible que cette fièvre soit la cause intoxicante de la maladie dans ce corps débilité au dernier point. En effet, dès son enfance, son goût exagéré pour le jeûne et les macérations, plus tard les mauvaises conditions hygiéniques du couvent, enfin l'hérédité maternelle dont nous avons déjà parlé au début, avaient produit chez elle une faiblesse de constitution qui devait être grande, lorsqu'éclata la crise première, début de la maladie.

DE LA PÉRIODE AIGUE. — L'hystérie, avant de devenir chronique, est le plus souvent précédée d'une période dite aiguë, qu'on pourrait plus exactement désigner sous le nom de période du lit, car, pour des raisons variées, les unes vraies, les autres fausses, les sujets alors prétendent être incapables soit de marcher, soit même de se tenir debout ; ils subissent dans cette position couchée divers symptômes d'hystérie, mais surtout des attaques convulsives et des paralysies diverses ; cela dure plus ou moins longtemps, parfois des semaines, parfois des mois, parfois des années ; l'amaigrissement devient tel qu'ils n'ont plus que la peau sur les os. Or malgré tout, il faut qu'on le sache bien, un tel malade peut toujours être guéri en quelques jours, en quelques heures, en quelques minutes.

FORMATION DES MIRACLES HYSTÉRIQUES. — Il est très important d'en parler, car c'est cet état dont il s'agit dans la plupart des grands miracles de Lourdes, de Paray-le-Monial et de la Salette : A certains moments, le mal

paraît si grand, la mort paraît si imminente que si la cure dite miraculeuse a lieu, elle fait grand bruit et emporte la conviction des témoins, même de ceux qui n'ayant pas la foi commencent à croire. Des médecins alors donnent, avec la plus entière bonne foi d'une part, mais aussi avec la plus grande légèreté, de l'autre, des certificats et des attestations, qu'il n'eussent pas signés, s'ils eussent été plus instruits des choses de l'hystérie.

Le plus souvent la maladie est moins grave : ce ne sont alors que des symptômes simples, comme par exemple, une anorexie, une contracture, ou bien une paralysie qui sont présentés à la Vierge miraculeuse par le pèlerin hystérique réclamant un miracle. Mais dans tous les cas graves ou non, c'est toujours la même cause, l'hystérie, et c'est toujours le même mécanisme, la suggestion religieuse, qui sont en jeu ; c'est toujours la névrose guérie par une émotion forte. Lorsque cette émotion est religieuse, la guérison s'appelle miracle.

Période aiguë de sainte Thérèse. — Thérèse eut cette période de maladie : elle garda le lit durant trois années. L'affection, qui avait été précédée soit à la maison paternelle, soit au couvent, de fréquentes défaillances ou syncopes, se montre sous forme de :

1° *Boule hystérique :* Thérèse nous dit, à ce sujet, que quelque chose lui montait des parties basses jusqu'au cou, produisant l'étranglement malgré qu'elle essayât, avec ses doigts crispés, de l'arracher ; qu'elle ne pouvait pas alors avaler une goutte d'eau, ni même respirer.

2° *L'angine de poitrine*, se traduisant par une douleur atroce, angoissante, située dans la région précordiale : « Mon mal de cœur était si cruel, nous dit-elle, qu'il semblait qu'on me déchirât avec des dents aiguës ; on me croyait attaquée de rage. »

3° *L'anorexie hystérique*, pendant laquelle les malades, généralement des jeunes filles, arrivent à un état de maigreur extraordinaire et ne sont plus que des squelettes

vivants : « Comme je ne pouvais rien prendre de solide à cause de mon extrême dégoût pour toute sorte de nourriture, j'avais si peu de force et mon corps était dans un état tel que mes nerfs commencèrent à se retirer avec des douleurs insupportables qui me tenaient depuis les pieds jusqu'à la tête, et bientôt je fus en état de mort ».

4° Des *contractures* dont elle vient de nous parler; elle nous dira ailleurs : « Tous mes nerfs s'étant retirés, mon corps était comme un peloton, je ne pouvais en remuer aucune partie non plus que si j'étais morte ».

5° Des *paralysies hystériques :* A un moment, Thérèse a tout le corps paralysé : « Il n'y avait qu'un seul doigt de la main droite que je puisse faire agir. Je ne pouvais m'aider à rien qu'avec le secours des autres, encore on ne savait pas où me prendre ».

6° Des *anesthésies* et des *hyperesthésies*. Des anesthésies, elle en avait certainement, mais elle ne pouvait s'en rendre compte elle-même; des hyperesthésies, au contraire, elle en parlera fort souvent : « Mon corps était si douloureux que je ne me laissais qu'avec peine toucher; j'éprouvais des douleurs excessives qui me tenaient des pieds jusqu'à la tête ».

7° Les *crises convulsives*, durant lesquelles, nous dit-elle, elle se déchirait la langue : parfois les attaques étaient si fortes qu'elles semblaient épileptiques.

8° Le *sommeil hypnotique :* Enfin sainte Thérèse eut aussi pendant cette période, un sommeil hypnotique de quelques jours dont nous parlerons longuement tout à l'heure.

Tels sont les principaux symptômes d'hystérie dont Thérèse fut le jouet pendant trois années consécutives et qui lui firent garder le lit pendant cette longue période de temps.

Un jour pourtant, pendant cette période de lit, Thérèse se trouva guérie subitement durant quelques heures : elle avait été transportée à Bécèdes, une campagne de son père, pour changer de climat; mais le mal ne faisait qu'empirer; Thérèse avait un grand désir de quitter Bécèdes où elle

s'ennuyait, pour rentrer dans la ville. Le dimanche des Rameaux (1536) elle se déclara guérie, se leva subitement et revint au couvent de l'Incarnation sans souffrir du voyage. Ces guérisons subites chez des hystériques, obtenues sous l'influence d'une secousse morale quelconque, ont fait croire souvent à des miracles qui n'existaient pas. Le lendemain Thérèse se remit au lit, devenue de nouveau complètement incapable de se lever. « Je restai dans cet état jusqu'au dimanche des Rameaux de l'année suivante : j'étais dans une extrême faiblesse, je n'avais plus que la peau sur les os; quand j'allai mieux, je commençai à marcher à quatre pattes, mais je restai longtemps impotente, et ce ne fut qu'après trois années de maladie, que je fus à peu près guérie ».

Sommeil hypnotique de Thérèse. — C'est pendant cette période de lit qu'elle eut dans la maison de son père, à Avila, une crise de sommeil hypnotique; voici comment elle raconte le fait : « Je ne pouvais ni jour ni nuit prendre de repos, et outre cela j'étais en proie à une profonde tristesse, avec des douleurs excessives qui me tenaient depuis les pieds jusqu'à la tête ». Comme, à un moment où elle se croyait plus malade, son père, pour lui enlever l'inquiétude de la mort, s'opposa à la confession et à la communion, malgré le grand désir qu'elle en avait, cette contrariété amena subitement un sommeil simulant la mort : « La même nuit je tombais dans un évanouissement qui me tint privée de sentiments pendant près de quatre jours : on m'administra le sacrement d'extrême-onction; on croyait à toute heure, ou plutôt à chaque instant, que j'allais mourir, et on ne faisait plus rien que de réciter auprès de moi le Symbole des apôtres, comme si je l'eusse entendu. Quelquefois on me tenait pour morte, et lorsque je revins à moi, je trouvai sur mes paupières un peu de cire d'une bougie qu'on avait apportée pour mieux juger mon état ». Enfin, ne trouvant plus aucun signe de vie dans Thérèse, on fut si persuadé de son décès, qu'au couvent de l'Incarnation on ouvrit une fosse pour l'enterrer; des religieuses vinrent à la maison d'Al-

phonse de Cépèda, son père, pour assister au convoi de sa fille, et dans un autre couvent on dit pour elle la messe des morts.

Observations de sommeil hystérique. — Cet état de mort apparente chez des personnes hystériques n'est pas rare, et il m'a été donné plusieurs fois d'en être témoin ; mais de plus, j'ai constaté qu'un certain degré de mensonge et de fourberie accompagnait souvent cet état. Je vais citer trois cas de ce sommeil :

Le premier cas est relatif à une femme de cinquante-cinq ans, chez laquelle les sommeils hystériques après les crises étaient fréquents. Comme je connaissais son état depuis de longues années, et comme trop souvent je m'étais dérangé pour elle sans grande nécessité, je faisais très rares mes visites depuis quelques mois; l'hystérie lui fit entreprendre un matin, de s'endormir et de simuler la mort, peut-être pour faire courir après moi ; ce jour-là étant une fête de famille, elle pensait la déranger et l'assombrir par mon départ. A mon arrivée toute la famille pleurait autour du lit, le corps était insensible et sans mouvement, la respiration lente, le pouls filiforme, le cœur battait à peine ; elle était, semblait-il, prête à rendre le dernier soupir. Comme j'avais placé une trousse de chirurgie sur le lit et que je la dépliais en silence en laissant tomber de ma bouche le mot « Opération », je vis une des paupières de la malade se soulever et laisser couler, à travers la ligne entr'ouverte des cils, l'éclair d'un regard curieux. Mon diagnostic était fait ; je déclarai que la malade n'était pas morte, et qu'elle serait guérie dans la nuit, si on lui tenait sur la face un linge mouillé d'eau froide. Je sus qu'elle s'était réveillée au coucher du soleil.

La seconde observation est à peu près semblable, avec une cause différente. Il s'agissait d'une jeune femme de la campagne, sujette à des attaques convulsives d'hystérie et qui, un jour, à la suite d'une discussion violente avec son

mari, tomba dans un sommeil invincible pendant quatre jours; la syncope fut telle à certain moment qu'on crût voir une morte véritable; je ne venais pas assez vite pour empêcher la malade de passer de vie à trépas; sauf les battements faibles et lents du cœur qui persistaient, la malade paraissait en effet à l'article de la mort; après avoir mis à la porte tous ceux qui pleuraient trop fort, mon doigt sur la bouche commanda un silence absolu; je ne tardai pas à voir les paupières de la malade s'entrouvrir à peine pour laisser passer le regard curieux que je connais; j'ordonnai les compresses d'eau froide sur la figure et je sortis en disant très haut qu'elle allait se réveiller. A cent mètres de la maison on courut après moi pour me dire que la malade avait repris connaissance et jeté à terre les compresses désagréables.

La troisième observation est la plus intéressante. Il s'agit d'un soldat arabe profondément hystérique : un modèle classique de l'affection avec tous ses symptômes se succédant comme dans les descriptions d'un livre de médecine : il fut pris pendant six semaines d'un sommeil simulant la mort, avec un réveil de deux jours dans l'intervalle; l'état était tel que plusieurs fois les infirmiers vinrent me dire qu'il était décédé; il fallait un examen médical pour se rendre compte de la persistance de la vie; certainement on aurait pu l'enterrer vivant; je fus obligé, à un moment donné, de le nourrir avec la sonde, pour qu'il ne mourût pas de faim, or l'opération se faisait sans aucune résistance du malade plongé dans l'inertie la plus complète. Il prenait et gardait comme un mannequin les positions étranges et bizarres qu'on lui donnait; sous la douche il ne tressaillait même pas.

Comme je le faisais conduire à l'hydrothérapie chaque jour (on l'y portait comme un cadavre et on le reportait de même), comme d'autre part, la chaleur de l'été étant très forte, on se contentait de lui jeter sur le corps une couverture arabe à raies alternativement rouges et blanches, un

jour le gardien vint me dire que le réveil avait eu lieu, les raies de la couverture n'étant plus placées dans le sens habituel; mais à ma visite il paraissait toujours comme un cadavre et nous ne pûmes obtenir aucune manifestation de vie.

A la visite du lendemain, au lieu de sortir je me tins immobile dans un coin de la chambre, après avoir fait un changement de meubles avec des allées et venues pour éveiller sa curiosité; alors je vis le malade soulever légèrement ses paupières et jeter un regard circulaire autour de l'appartement, puis, m'apercevant, fermer de nouveau les yeux et rentrer dans l'immobilité accoutumée; je lui dis que je savais maintenant qu'il simulait la mort, que c'était une fourberie de sa part, que je venais de le voir ouvrir les yeux et me regarder; il fut insensible à mes objurgations et à mes moqueries; mais le lendemain après la douche, comme je dis au gardien de le frotter fort avec la brosse en crin pour le réveiller, à la première friction, soit qu'il y ait eu suggestion, soit pour tout autres causes, il se leva en criant et ne retomba plus dans le sommeil. Comme on le voit, malgré leur état de demi-conscience, et bien qu'ils puissent supporter un jeûne prolongé, la mort par inanition peut se produire, sans que ces malades veuillent rien faire pour l'empêcher. Il faut lutter contre cette éventualité en les nourrissant artificiellement, l'hystérie les aide à supporter cette désagréable opération.

Notons ce fait très remarquable, la persistance de l'attention et de la curiosité, indiquant la continuation de la vie intellectuelle.

On y voit aussi, à un degré difficile à évaluer, la fourberie et le mensonge si fréquents dans les manifestations hystériques. Si Thérèse entra dans cet état de sommeil et laissa croire à sa mort, sans avoir peut-être conscience du mal qu'elle faisait, ce fut pour tirer une espèce de vengeance de son père qui lui avait refusé la confession et la communion lorsqu'elle les demandait. C'est ainsi

qu'agissent les hystériques : on ne veut pas croire, s'était elle dit, que je sois en danger de mort, je vais le prouver.

Faits divers de sommeil hystérique. — On lit souvent dans les journaux des faits divers relatifs à des sommeils prolongés de même nature; ainsi, à la date du 6 novembre 1901, est relatée la nouvelle suivante : A Périgueux, une jeune fille de dix-huit ans est endormie depuis huit jours; tous les moyens employés pour la réveiller sont restés sans succès. Il paraît que depuis quelques années, à diverses reprises, cette personne s'est alitée sous l'action d'un sommeil invincible, qui, jusqu'à présent, n'avait pas dépassé une durée de cinq jours. » Chaque année on peut relever en France cinq ou six faits divers semblables; ce sont toujours des sommeils hypnotiques : nous retrouverons le même sommeil au moins une fois dans la vie de chaque grand hystérique.

En tout cas, il sera toujours pour nous un symptôme de la névrose.

(*A suivre*).

---

# REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

---

X. **Les données anatomiques et expérimentales sur la structure des hallucinations**; par Vaschide et Vurpas. (*Journal de Neurologie*, 1902, n° 5.)

Ce travail contient un exposé des observations et des recherches de laboratoire les plus typiques concernant la genèse et le mécanisme des hallucinations.

Il semble résulter de ces observations que des modifications apportées dans les conditions normales de perception sensorielle peuvent être la cause des hallucinations. Il paraît bien établi d'autre part que des lésions organiques survenues soit dans le trajet sensoriel, soit dans les centres nerveux peuvent être à leur tour la cause prochaine des hallucinations constatées.

Enfin, certaines expériences et observations semblent plaider en faveur du rôle de l'imagination dans la production des hallucinations. Mais l'examen attentif des faits et l'observation journalière des sujets ont conduit les auteurs à admettre que dans chaque hallucination il y a toujours un élément commun et généralement décélable qui entre en jeu sous l'influence, soit de la même cause, soit d'une lésion organique ou d'une idéation quelconque. G.D.

XI. **Le réflexe du fascia lata**; par J. Crocq. (*Journ. de Neurologie*, 1902, n° 2.)

L'auteur relate dans cette note trois cas de paraplégie : dans l'un l'excitation du pied provoquait comme réaction unique une contraction réflexe du tenseur du fascia lata ; dans l'autre le réflexe coexistait avec celui de Babinski ; enfin chez le troisième malade la conservation du réflexe du fascia lata coïncidait avec l'abolition du rotulien, l'exagération de l'achilléen et l'affaiblissement du plantaire.

De ces faits M. Crocq tire la conclusion que le réflexe du fascia lata constitue le premier stade de la rétraction de la jambe : il fait partie du groupe des réflexes défensifs rapides dont les centres sont intra-médullaires, et par conséquent il doit se rencontrer dans tous les cas de lésion transversale complète de la moelle, alors que les réflexes tendineux et cutanés sont abolis. G. D.

XII. **Sur un cas de cancer vertébral**; par M. le professeur Raymond. (*Journ. de Neurologie*, 1902, n° 3.)

La malade dont l'observation sert de base à ce travail présentait une paralysie motrice des membres inférieurs et de la partie inférieure du tronc, doublée d'une anesthésie dissociée dans les parties correspondantes et accompagnée d'une abolition du réflexe achilléen et des réflexes cutanés abdominaux en même temps que d'une exagération des réflexes rotuliens.

Cette malade ayant subi un an auparavant l'extirpation du sein droit cancéreux, on est en droit de penser que des foyers cancéreux secondaires ont fait effraction dans ses vertèbres et déterminé une compression de la moelle surtout des cordons antéro-latéraux et de la substance grise centrale.

Suivent un certain nombre de considérations sur les conséquences histologiques de cette compression : ischémie et stase veineuse, œdème, ramollissement consécutif, myélite interstitielle secondaire avec terminaison par sclérose, dégénérations secondaires, etc.

Ce travail se termine par l'exposé des symptômes qui traduisent le mode de répercussion d'une lésion cancéreuse des vertèbres sur

le contenu du canal rachidien et par quelques réflexions sur le diagnostic, le pronostic et le traitement de ces lésions. G. DENY.

XIII. **Anesthésie des nerfs sensitifs et moteurs** ; par J. JOTEYKO et M. STEFANOUSKA. (*Journ. de Neurologie*, 1902, n° 4.)

Après avoir constaté que l'anesthésie générale ne modifie pas d'une façon appréciable l'excitabilité des nerfs, les auteurs ont étudié expérimentalement l'action locale des anesthésiques (chloroforme, éther, alcool) sur les nerfs sensitifs et moteurs.

Lorsqu'un nerf est placé dans une atmosphère de vapeurs anesthésiques l'excitation de la partie supérieure de ce nerf cesse d'être efficace avant l'excitation de sa partie inférieure. Plus un point du nerf est éloigné du muscle et plus vite disparaît son excitabilité. L'ordre inverse est suivi pour le rétablissement des fonctions : c'est la partie inférieure du nerf, voisine du muscle, qui récupère la première son excitabilité.

Lorsque, au contraire l'action de l'anesthésique au lieu de porter sur la totalité du nerf est circonscrite à un point de son trajet, on constate que l'excitabilité des fibres sensitives disparaît avant celle des fibres motrices et que le réveil de celles-ci a lieu avant celui des fibres sensitives. D'une façon générale, la fibre sensitive est plus sensible la fibre motrice plus résistante à l'action des anesthésiques. En outre l'action de l'agent anesthésique reste localisée à la portion du nerf anesthésié ; il n'y a pas, à proprement parler, de propagation centrifuge ou centripète.

En ce qui concerne les différences d'action des divers agents anesthésiques, les auteurs ont constaté que l'éther agit plus rapidement que le chloroforme ; que la phase d'excitation est bien plus accentuée avec l'éther qu'avec le chloroforme, etc.

En somme l'action des anesthésiques sur les troncs nerveux serait comparable à celle des mêmes agents sur le système nerveux central (anesthésie chirurgicale). Il est certain que le chloroforme est un poison plus violent que l'éther pour le système nerveux aussi bien central que périphérique, et cela probablement parce qu'il est moins volatil. G. DENY.

XIV. **A propos du signe de Ch. Bell dans la paralysie faciale périphérique**; par le Dr BOUCHAUD (de Lille.) (*Journal de Neurologie* 1901, n° 24.)

Chez la patiente atteinte de paralysie faciale périphérique dont l'histoire est rapportée dans cette note, les mouvements du globe oculaire, lorsqu'on lui disait de fermer l'œil du côté malade, étaient tout différents de ceux qui caractérisent les signes de Ch. Bell : le globe oculaire au lieu de se diriger en haut et en dehors se déviait en bas.

La même déviation du globe oculaire a été observée par l'auteur chez un homme atteint de tabes. Ce phénomène n'est donc pas spécial à la paralysie faciale périphérique, mais son interprétation reste encore très obscure. G. D.

XV. **Contribution à l'étude du réflexe cutané du pied**; par F. Sano. (*Journal de Neurologie*, 1901, n° 21.)

Chez un malade atteint d'hémiplégie gauche, l'auteur a vu l'excitation de la plante du pied parésié déterminer l'extension des orteils du pied droit normal. Chez un autre hémiplégique la même excitation portée sur le pied normal a déterminé la flexion des orteils du pied paralysé. Pour expliquer ces faits M. Sano suppose que l'excitation de la peau sur un point donné se transmet à la fois aux deux hémisphères et que les muscles mis en activité par l'hémisphère situé du même côté que la région excitée sur les antagonistes des muscles mis en activité par l'hémisphère du côté correspondant. G. Deny.

XVI. **Tumeur cérébelleuse et épilepsie**; par L. Marchand. (*Journal de Neurologie*, 1901, n° 21.)

Communiqué au congrès de Limoges.

XVII. **Un cas de tremblement fonctionnel de la main droite**; par le Dr Heldenbergb (de Lille.) (*Journal de Neurologie*, 1901, n° 22.)

Localisé dans la main droite, ce tremblement ne survient qu'à l'occasion de l'acte d'écrire et au moment où la main munie d'un crayon ou d'un porte-plume s'efforce d'écrire sur un plan fixe. Aucun tremblement au repos ni quand le patient trace des caractères d'écritures dans le vide; il ne tremble pas davantage quand il écrit avec un morceau de craie. Ce tremblement n'est nullement influencé par des causes psychiques, il augmente au contraire par l'ischémie expérimentale des muscles de l'avant-bras et diminue par l'electrisation des muscles radiaux. Se fondant sur ces différents caractères l'auteur admet que le trouble moteur de son malade doit être attribué à une lésion fonctionnelle irritative du système téléneuronal autrement dit du système spino neuro-musculaire, susceptible d'être sérieusement amendée par l'électricité, le massage, les vibrations mécaniques, les frictions stimulantes, le repos prolongé, etc.

XVIII. **Analyse des mouvements et de la sensibilité dans l'anesthésie par l'éther**; par Joteyko et Stefanowska. (*Journal de Neurologie*, 1902, n° 6.)

Les auteurs ont constaté, en plaçant des souris et des grenouilles dans une atmosphère chargée de vapeurs d'éther, que le mouvement spontané (fonction psychomotrice) peut exister en l'absence de toute perception sensitive (fonction psycho-sensitive). En d'autres termes, il existe une graduation dans l'envahissement des hémisphères cérébraux par les vapeurs anesthésiques ; la sensibilité disparaît avant la motilité, le réveil de la motilité précède celui de la sensibilité.

On sait d'autre part que chez les parturientes, en graduant convenablement l'administration de l'anesthésique, on arrive à produire une analgésie complète sans porter atteinte aux mouvements volontaires. La disparition de la sensibilité à la douleur précède donc, chez l'homme comme chez les animaux, l'abolition du mouvement volontaire.

Ces observations conduisent à rattacher la suppression de la douleur à une action des anesthésiques sur les centres supérieurs et non à une paralysie des centres médullaires. G. D.

**XIX. Réflexe plantaire cortical et réflexe plantaire médullaire**; par J. Crocq. (*Journal de Neurologie*, 1902, n° 6.)

L'auteur conclut de ses recherches qu'il existe deux variétés distinctes de réflexes plantaires, ayant chacune leur signification propre, tant au point de vue physiologique qu'au point de vue anatomo-pathologique :

1° *Le réflexe plantaire cortical* ou *réflexe plantaire normal de Babinski*, constitué par la flexion des orteils provoquée par un attouchement très léger ;

2° *Le réflexe plantaire médullaire* qui comprend :

a) *Le réflexe du fascia lata* ou *réflexe plantaire normal de Brissaud*, provoqué par une excitation un peu plus énergique et qui n'est que le premier stade du mouvement de défense ;

b) *Le réflexe défensif complet*, provoqué par une excitation encore plus énergique et constitué par la contraction du couturier, des adducteurs, du jambier antérieur, de l'extenseur des orteils et en particulier du gros orteil (faux réflexe pathologique de Babinski), avec flexion de la cuisse sur le bassin, de la jambe sur la cuisse, etc. G. Deny.

**XX. La contraction paradoxale de Westphall et le réflexe plantaire combiné ou paradoxo-normal**; par Heldenbergh. (*Journal de Neurologie*, 1902, n° 6.)

Quand on fléchit vivement le pied avec la main, il arrive parfois que le muscle tibial antérieur entrant brusquement en contraction, maintient le pied en flexion pendant quelques minutes ; c'est

ce phénomène connu sous le nom de contraction paradoxale de Westphall, que l'auteur a vu survenir chez une jeune fille hystérique à la suite d'une excitation partie de la plante du pied.

Chez le même sujet, l'auteur a également constaté, en même temps que le redressement du pied, la flexion des orteils ; c'est à ce phénomène qu'il donne le nom de réflexe plantaire combiné ou paradoxo-normal, parce qu'il y a à la fois mise en jeu de deux muscles antagonistes : le tibial antérieur et les fléchisseurs des orteils. G. D.

**XXI. Identité probable du réflexe antagoniste de Schœfer et du phénomène de Babinski** ; par les Dr DE BUCK et DE MOOR. (*Journal de Neurologie*, 1900, no 5).

Chez une femme parésiée des quatre membres et des sphincters l'examen du réflexe plantaire montrait des deux côtés le phénomène des orteils de Babinski d'une manière très nette. On constatait également l'existence du réflexe antagoniste sur lequel Schœfer a récemment attiré l'attention (flexion dorsale des orteils par pincement latéral du tendon d'Achille). En outre l'irritation d'un point quelconque des téguments de la jambe donnait lieu à la flexion dorsale des orteils.

Ce fait vient donc à l'appui de l'opinion de Babinski qui soutient que le réflexe de Schœfer n'est pas un réflexe tendineux, mais un simple réflexe cutané que l'on peut obtenir en irritant la peau d'un point quelconque du membre inférieur. G. D.

**XXII. Sur les troubles mentaux qui sont sous la dépendance de la toxémie** ; par Sir DYCE DUCKWORTH. (*The Journal of Mental Science*, Avril 1901).

L'auteur passe en revue les divers modes d'intoxication qui peuvent agir sur les centres nerveux (toxines des maladies infectieuses, de la goutte, de l'influenza, poisons divers entrés dans nos habitudes, alcool, morphine, éther, chloral, cocaïne, etc.) et il conclut que les divers agents toxiques qui pénètrent dans la circulation exercent, comme on pouvait le prévoir, leur action spécifique sur les divers tissus de l'organisme et manifestent des affinités électives pour des systèmes déterminés de neurones. Dans les maladies cérébrales d'ailleurs comme dans les autres états morbides, on se trouve souvent en présence d'infections multiples. Quiconque veut aujourd'hui étudier l'anatomie pathologique du cerveau doit compter avec ces divers états, et le clinicien doit s'attacher, dans la mesure où cela est possible, à discerner leurs rapports avec les diverses formes de troubles mentaux.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

**XXIII. Un cas de gliome du cerveau ;** par W.-J.-A. Erskine. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1901).

Observation : Femme de vingt-cinq ans, déraisonnable, bruyante, violente, attaques fréquentes pendant et après lesquelles elle est dangereuse pour elle-même et pour les autres. Trois enfants bien portants. Pas de fausse couche. Bien réglée. Pas d'antécédents héréditaires de tuberculose, d'alcoolisme ou de folie. A onze ans, chute de trois mètres sur la tête, commotion cérébrale. Les attaques ont commencé après la naissance de son second enfant, il y a sept ans, elles ont été d'abord légères.

Il y a trois ans, après avoir appris subitement la mort de son mari, elles sont devenues plus graves et sa raison a commencé à se troubler.

Trois ans après son admission elle se plaint un matin de malaise et de céphalalgie ; on la fait recoucher et peu d'heures après, elle tombe en état d'inconscience, puis de coma et meurt.

A l'autopsie, on trouve les sinus de la dure-mère et les veines de la pie-mère et de l'arachnoïde gorgés de sang noir fluide. La moitié ou les deux tiers inférieurs du lobe frontal droit et presque toute la moitié antérieure du lobe temporo-sphénoïdal droit sont occupés par une tumeur gélatineuse qui s'étend à la surface inférieure du lobe frontal droit, où les sillons sont oblitérés, et à la surface opposée de la scissure de Sylvius droite. Les ganglions centraux droits étaient aussi envahis par la tumeur qui avait ainsi une surface libre dans le ventricule latéral droit et le troisième ventricule. Les autres organes étaient sains, mais congestionnés.

Une coupe de la tumeur, près de son centre, montre qu'elle est formée d'une masse serrée de fibrilles fines entrelacées, au milieu desquelles se trouvent des cellules nombreuses, des éléments nerveux altérés et des vaisseaux malades. Les cellules sont de deux variétés : les unes sont de forme irrégulière, à noyau relativement volumineux; leur protoplasma se colore assez bien, et leur réseau nucléaire est bien accusé. Ce sont les cellules gliomateuses. Les autres, moins nombreuses, sont arrondies, leur noyau est plus petit des trois quarts que le noyau des précédentes, et se colore mal et peu distinctement.

Le protoplasma se colore à peine ; elles paraissent représenter les cellules de la névroglie envahie par les cellules gliomateuses. Les éléments nerveux présentent un aspect qui varie suivant la date à laquelle ils ont été atteints.

L'état des vaisseaux atteste aussi des processus de date différente : les uns sont chargés de cellules granuleuses ; les autres sont entourés d'une mosaïque de cellules de la névroglie qui ne tardent pas à envahir leurs parois et à les rendre fibreuses. A une période encore plus avancée, les vaisseaux n'ont plus de lumière,

ils sont remplacés par un simple filament hyalin. Quelquefois enfin, les parois artérielles sont calcifiées.

Il résulte de ces constatations que les cellules gliomateuses ne se rencontrent pas *in situ*, mais qu'elles envahissent les autres tissus. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XXIV. **Un cas de fracture spontanée**: par HERBERT SPICER. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1901.)

Il s'agit d'une fracture du fémur, survenue au cours d'une attaque, chez une femme de trente-trois ans, atteinte de manie chronique : la gravité de la lésion paraît ici en désaccord avec la violence du traumatisme, presque nulle dans le cas actuel, puisque la malade était au lit, au moment de la fracture : mais il n'y a plus lieu de s'étonner lorsque l'auteur nous apprend que cette malade était cancéreuse. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XXV. **Des interférences de la sensibilité**; par A. ADAMKIEWICZ. (*Neurolog. Centralblatt*, XIX, 1900.)

Il existe deux espèces de troubles de la sensibilité : des troubles objectifs et des troubles subjectifs. Les premiers sont en rapport avec les objets; ils tiennent à un état pathologique des nerfs centripètes chargés de conduire les excitations émanées des objets, ou à un état pathologique des centres de ces nerfs. Les seconds, indépendants des objets, sont produits par l'état maladif du sujet; ils naissent dans les affections des centres nerveux, surtout des cornes postérieures de la substance grise, et sont tantôt associés aux troubles objectifs (tabes parenchymateux), tantôt seuls (tabes interstitiel). En ce dernier cas, les malades sentent parfaitement les objets, mais ils sont atteints de paresthésie. Celle-ci provient de l'irritation morbide et spontanée des derniers postes de l'appareil conducteur de la sensation, placés dans la moelle.

L'irritation varie d'intensité, et cesse aussi tout à fait par moments. Cesse-t-elle, les sensations des objets sont normalement perçues; existe-t-elle, elle entrave la sensibilité objective. De sorte que, la fonction de la sensibilité objective a beau être intacte, elle est altérée par la paresthésie et dans les proportions de l'intensité de l'anomalie de la sensibilité subjective. Tel est le résultat physiologique de deux ondes sensibles qui sont lancées sur les mêmes voies, mais sont provoquées en des points différents (périphérie et cornes postérieures grises), par des causes distinctes (excitants périphériques normaux, altérations morbides de la substance grise), et tendent l'une vers l'autre. Ce sont de *véritables interférences de la sensibilité*. P. KERAVAL.

**XXVI. La conductibilité des os du crâne à l'égard des sons dans les affections du cerveau et de ses membranes**; par F. WANNER et H. GUDDEN. (*Neurolog. Centralbl.*, XIX, 1900.)

Application de la méthode d'examen de l'ouïe de Bezold (série continue de divers diapasons et flûtes formant la gamme), à la recherche des affections du cerveau et des méninges. On constate, par exemple, une abréviation de la transmission du son par les os du crâne dans la paralysie infantile cérébrale, la syphilis cérébrale, l'alcoolisme chronique avancé, l'épilepsie, ainsi que dans certains cas de névrose traumatique où l'on soupçonnerait volontiers une lésion, sans oser l'affirmer, en l'absence de signes objectifs. Les auteurs donnent le détail des opérations chez 17 malades. Si, dans l'espèce, la transmission par les os est très raccourcie, alors qu'il n'existe pas de signes d'une affection de l'oreille interne et que l'acuité auditive est normale, on est autorisé à admettre une altération organique à l'intérieur du crâne ou sur ses téguments. En plaçant les diapasons sonores à divers endroits du crâne et en déterminant les points à partir desquels décroît l'abréviation de la transmission osseuse, on peut en quelque sorte localiser la surface des altérations.

Quelles sont les altérations qui produisent ce raccourcissement de la transmission osseuse indépendant des affections de l'oreille interne? Avant tout les adhérences et épaississements des méninges et les tumeurs. Il est à penser que, par suite de ces altérations intracrâniennes, l'écoulement des ondes sonores est plus rapide, ce qui diminue la durée de la perception. Si l'on applique un diapason en marche non directement sur le crâne, mais en interposant de une à trois parois crâniennes naturalisées, la durée de la transmission du son n'est guère ou point modifiée. Elle est au contraire abrégée de huit à dix secondes, dès que l'on garnit l'intérieur de la calotte de ouate, de gaze ou de toute autre substance soudée à l'os sur une surface grande comme la moitié de la paume de la main à l'aide de caoutchouc; ce résultat est encore obtenu si, sur le vivant, on place une couche semblable entre le diapason et la peau. Alignez 6 personnes dont les têtes sont appliquées les unes contre les autres, posez le diapason en marche sur le pariétal de la première, vous trouverez la transmission du son abrégée de deux secondes sur ce crâne; l'abréviation augmentera progressivement sur les crânes suivants, le son ne se transmettra pas à travers plus de 6 têtes. L'âge produit une petite abréviation de la transmission osseuse, à raison de la plus grande sécheresse des parties molles du crâne et de l'os. Un diapason vibre moitié moins longtemps sur un support neuf de caoutchouc dur que sur un support ramolli par l'usage. P. KERAVAL.

# REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE.

**I. Contribution à l'étude de la maladie de Korsakoff. Un cas de psychose polynévritique post-typhoïdique**; par le Dr Soukhanoff. (*Journal de Neurologie*, 1902, n° 7.)

Après avoir relaté un cas de psychose avec polynévrite observée chez un homme de trente-quatre ans, convalescent de fièvre typhoïde, l'auteur fait remarquer que malgré la diversité des causes qui peuvent la provoquer, la maladie de Korsakoff n'en constitue pas moins une véritable entité morbide. Les agents infectieux ou toxiques que l'on rencontre à l'origine de cette maladie, ne la provoquent pas directement, mais par l'intermédiaire des glandes à sécrétion interne. Quelle que soit la cause de l'affaiblissement ou de l'abolition des fonctions de ces organes, on voit alors apparaître l'autointoxication et une altération de tout le système nerveux périphérique et central; tantôt c'est le système périphérique qui souffre le plus, tantôt c'est le système central. C'est pourquoi on observe des cas de polynévrite où les troubles psychiques sont peu marqués et au contraire des cas de psychoses polynévritiques où les phénomènes de polynévrite sont réduits au minimum. G. D.

**II. La situation sociale de l'uraniste**; par J. Crocq. (*Journal de Neurologie*, 1901, n° 20.)

Dans cette note qui est une réponse au rapport présenté au dernier congrès d'anthropologie criminelle par M. Alébrino, l'auteur définit l'uranisme, le penchant sexuel d'une personne pour une personne du même sexe et il montre que ce penchant ne s'observe que chez les sujets anormaux, dégénérés, ce dont il est facile de se convaincre en étudiant leurs antécédents héréditaires et personnels. Très souvent leurs fonctions génitales sont anormales, l'organisme est provoqué par l'attouchement, la vue, l'odeur même de ceux qu'ils aiment. L'homoseoualité est donc incontestablement une anomolie, un fait contre nature qui doit être l'objet de notre réprobation. G. D.

**III. Remarques sur la catatonie**; par le Dr P. Masoin. (*Journ. de Neurologie*, 1902. n° 4.)

D'après les idées généralement reçues en France, le terme de catatonie ne s'appliquerait qu'à la conservation des attitudes pas-

sives, à *la flexibilitas cerea* des Allemands; tel n'est par l'avis de l'auteur qui fait rentrer dans la catatonie toutes les manifestations psychomotrices : mouvements impulsifs, tics, grimaces, bizarreries de manières, particularités du langage, négativisme, stéréotypie des actes, etc., etc.

Les symptômes catatoniques ainsi entendus, se rencontrent surtout, mais non exclusivement, dans les formes hallucinatoires de la démence précoce, chez les hystériques, les épileptiques, les paralytiques généraux et surtout chez les idiots.

Ce qui caractérise les troubles du système musculaire dits catatoniques si fréquents dans la démence précoce et dans l'idiotie c'est leur absence de signification, et de relation soit entre eux, soit avec une idée directrice quelconque. Ces troubles sont donc dans les deux cas le produit ou l'expression de l'automatisme cérébral pur et on doit les rencontrer dans tous les états passagers ou définitifs où l'intelligence est obnubilée, ou la conscience est annihilée, en un mot, dans tous les cas de stupeur cérébrale. C'est pour ce motif qu'ils sont d'autant plus rares que le sujet possède davantage la libre possession de lui-même ; qu'ils sont d'autant plus fréquents que l'inertie cérébrale est plus grande.

Cette manière de comprendre la catatonie rend compte des conditions apparemment si diverses de son apparition; elle permet d'expliquer la variabilité si grande de ses manifestations suivant les sujets; elle rend compte aussi ses modifications qui se présentent chez un seul et même individu : automatisme des centres moteurs qui produit des actes plus ou moins complexes (impulsions, crises) et dans un ordre opposé de faits : état cataleptique. négativisme, oppositions diverses. G. Deny.

IV. **Deux cas d'idiotie syphilitique** par L. Harris Liston; (*The Journal of Mental Science*, octobre 1901).

Obs. I. — Femme de vingt-sept ans; comme signes de syphilis congénitale, on trouve le crâne volumineux, le front carré, les proéminences frontales très saillantes, bosses sur les pariétaux, cicatrices linéaires irradiées aux angles de la bouche, incisives petites et dentelées; il y a deux ans kératite interstitielle à un œil, gagnant l'autre au bout de quinze jours. Parmi les autres stigmates de dégénérescence on note un palais étroit et à voûte surélevée, un iris vert brun, l'autre bleu; l'épaississement des paupières, la rareté et la brièveté des cheveux, la petitesse des seins, l'irrégularité et la faible abondance des règles. — Au point de vue mental, dès l'âge de deux ans on la trouve en retard, elle ne peut apprendre ni à lire ni à écrire, mais elle sait compter. Elle s'occupe un peu du ménage, mais elle est paresseuse et somnolente. A la puberté (dix-sept ans) on l'envoie au *Workhouse* où elle

resta jusqu'à vingt et un ans. Comme elle y devient gênante pour les autres pensionnaires, comme elle a des accès de colère sans raison, on l'envoie à l'asile, où elle se montre constamment indolente et stupide, travaillant et parlant peu. A de longs intervalles, elle a des accès de colère. Depuis six mois seulement on constate quelques indices de coquetterie.

Obs. II. — Femme de trente-huit ans, bosses frontales saillantes, bosses à la partie postérieure des pariétaux, petites cicatrices pointillées autour de la bouche. et cicatrices linéaires irradiées vers les commissures labiales : n'a plus qu'une seule dent. Palais étroit à voûte surélevée, tête ronde aplatie à la partie postérieure, cheveux rares et sans force. Pubis glabre. Seins très petits. — Menstruation régulière, mais faible. Tibias épaissis, noduleux avec nombreuses cicatrices pigmentées sur leurs crêtes. Signes de nanisme. Au point de vue mental. n'a pu apprendre ni à lire ni à écrire, a mis longtemps à apprendre à parler. Actuellement elle est simple, facile, aisément satisfaite : il faut l'aider à se laver et à s'habiller. Bon caractère, bonne conduite. Se plaint souvent de toux ou de petites misères parce qu'elle a compris que c'était le moyen d'avoir des pastilles ou du vin : elle s'occupe un peu du ménage, mais dans tout ce qu'elle fait elle a besoin d'aide. Pas de désirs actifs, pas de sensations sensuelles, pas d'ambition.

L'auteur fait suivre ces observations de quelques remarques intéressantes que nous résumons : Il n'est pas commun de rencontrer chez les idiots des exemples de syphilis congénitale : on trouve, à la vérité, souvent dans l'hérédo-syphilis, de légères défectuosités mentales mais beauconp de sujets porteurs de cette maladie ont une vigueur mentale intacte. Dans certaines autres maladies du cerveau, s'accompagnant d'altérations incontestables des tissus, dans la paralysie générale, par exemple, les stigmates ou les commémoratifs syphilitiques sont extrêmement fréquents. Si l'on tient compte de ces deux faits 1° que l'idiotie est rare dans les cas de syphilis congénitale, 2° que la paralysie générale est ordinairement une conséquence de la syphilis acquise, on est amené à se demander pourquoi les malades de la première catégorie présentent si rarement, et ceux de la seconde si fréquemment de la dégénérescence cérébrale. Est-ce le résultat du traitement anti-syphilitique, souvent longtemps continué chez les enfants atteints de syphilis héréditaire : la mère, en effet, demande promptement conseil pour son enfant et lui administre les préparations mercurielles prescrites; tandis que souvent l'adulte, honteux de son mal, ne réclame pas les conseils d'un médecin et subit dans toute son intensité l'influence du virus. — La dégénérescence

paralytique ne se manifeste ordinairement que des années après l'infection : mais si celle-ci a été grave, avec symptômes secondaires très accusés, la paralysie générale peut apparaître dans les deux ans, comme l'auteur vient de le constater chez un de ses malades, dans un cas de ce genre, l'interrogatoire du malade montre que le traitement spécifique a été ou totalement négligé, ou imparfaitement appliqué. R. DE MUSGRAVE CLAY.

V. **Folie chez les jumeaux : deux jumelles atteintes de mélancolie aiguë**; par Arthur W. WILCOX. (*The Journal of Mental Science*, avril 1901.)

Après un court historique du sujet l'auteur publie l'intéressante observation de ses deux malades, dont l'âge (quarante-sept ans) était notablement plus élevé que dans les cas précédemment publiés. Ces deux malades entrèrent à l'asile le même jour. M. Wilcox pense qu'il s'agit bien ici de folie gémellaire et non de folie à deux, et il appuie cette opinion sur trois raisons : 1° simultanéité du début; 2° parallélisme des conceptions délirantes et des autres troubles psychopathiques ; 3° spontanéité du délire chez chacune des deux malades. L'accès de mélancolie aiguë est survenu chez les deux sœurs on peut dire au même moment; toutes deux avaient les mêmes délusions dominantes et avaient essayé de se suicider : leur langage, leurs actions, leurs habitudes étaient presque identiques. Les crises délirantes paraissent avoir été spontanées chez toutes deux et s'être rattachées au chagrin que leur a donné la mort de leur père. Toutes deux sont demeurées dans le même état depuis leur entrée à l'asile et paraissent marcher vers la mélancolie chronique. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

VI. **La décroissance de la paralysie générale des aliénés en Angleterre et dans le Pays de Galles**; par R.-S. STEWART. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1901.)

A l'aide de chiffres et de tableaux, qui paraissent judicieusement établis et puisés à bonne source, l'auteur montre que la paralysie générale a commencé à décroître en Angleterre en 1893 (ce qui indique une plus grande force de résistance et un accroissement de vitalité des individus), et il constate que cette décroissance est spéciale à l'Angleterre, car on ne la rencontre ni dans les pays continentaux, ni même en Écosse et en Irlande.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

VII. **Trois cas de mélancolie avec symptômes d'un intérêt clinique peu ordinaire**; par R.-R. LEEPER. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1901.)

Ces trois malades, dont l'observation est relatée avec soin, présentaient de la glycosurie non diabétique : leurs délusions étaient toutes de nature dépressive et révélaient des troubles de l'innervation splanchnique. Chez deux d'entre eux, la disparition du sucre a marqué le début d'un commencement de guérison, et chez le troisième, le début d'une amélioration physique et mentale. L'auteur n'affirme pas que la codéine administrée à ces malades ait été la cause unique de l'amélioration, mais il est certain qu'elle a paru nettement utile chez deux d'entre eux et que la disparition du sucre a suivi de près son emploi. Ces cas sont surtout instructifs en ce qu'ils montrent combien il est important pour la bonne direction du traitement, de reconnaître les anomalies d'excrétion chez les aliénés. R. DE MUSGRAVE CLAY.

VIII. **Le Juif aliéné, lettre ouverte au Dr C.-F. Beadles**, par le professeur M. BENEDIKT. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1901.)

M. Benedikt a lu avec d'autant plus d'intérêt le travail de M. Beadles, qu'il se préoccupe depuis longtemps de l'étude des maladies nerveuses chez les juifs. C'est un fait incontestable que les différentes formes de dégénérescence nerveuse (paralysie générale, ataxie, etc.), ainsi que le défaut de puissance sexuelle sont extrêmement fréquents dans la race juive. Dans un travail précédent, l'auteur estime avoir trouvé une formule appropriée aux recherches étiologiques, en disant que les fonctions de tout organe ou organisme, qu'il soit sain ou malade, dépendent de deux facteurs : en premier lieu figurent les qualités et les prédispositions innées de l'organe ou de l'organisme ; en second lieu viennent les résultats de l'évolution, qui dépendent de circonstances et d'influences diverses, mais particulièrement des qualités innées, sur lesquelles l'évolution n'a pas d'influence, et qui constituent ce que dans le langage populaire on appelle une seconde nature.

Sous l'influence d'une excitation, il se produit une réaction qui est proportionnée à l'état congénital et évolutionnaire de l'organisme. En sorte que si l'on construit une formule d'après ces principes, en désignant par N la prédisposition congénitale, par N' la « seconde nature », par E les autres facteurs de l'évolution, par O l'excitation accidentelle, et par L le résultat de la réaction, on a :

$$L = f(\pm N \pm N' \pm E \pm O)$$

formule valable pour les fonctions psychologiques.

En pathologie, les facteurs N, N' et E constituent ce que l'on appelait autrefois la prédisposition.

Maintenant, la folie, chez les juifs, se rapporte-t-elle à la race ? et, actuellement, la race juive est-elle pure ?

Les recherches de Luschàu sur les crânes de l'Asie Mineure ont montré que déjà, dans les temps anciens, les juifs ne constituaient pas une race pure, et cela est encore plus évident à l'heure actuelle : on peut distinguer chez eux au moins trois races originelles : la race sémitique, la race arménienne et la race teutonique ; cette dernière est la moins importante dans le mélange ethnologique, mais elle est nettement discernable sur le vivant par la courbe caractéristique de l'occipital. L'auteur entre ici dans des considérations intéressantes sur les deux premières races mentionnées, leur rôle dans l'histoire, leur dispersion dans le monde, puis il arrive à l'étude des qualités caractéristiques du peuple juif, et il commence par les qualités nerveuses et mentales. Dans l'ancien temps, quinze siècles avant Jésus-Christ, nul peuple ne fut plus apte que le peuple juif à recevoir des idées abstraites sur la Cosmogonie et à concevoir les problèmes fondamentaux de la métaphysique. C'est ce que Moïse avait compriquand il leur révéla les vérités et les mystères qui furent l'apanage du sacerdoce. La seconde qualité psychique nécessaire pour porter un pareil fardeau était une prédisposition morale à sacrifier les intérêts politiques, sociaux et économiques à des idées et à des convictions profondes.

Les sémites assurément dominaient parmi ces confidents de Moïse ; mais les races qui se mêlèrent à eux par la suite furent vite imbues des mêmes idées et sentiments, et acquirent les caractères des conquérants juifs de la Palestine ; c'est ainsi que la « nature » des juifs sémites devint bientôt la « seconde nature » des autres, et après de longues années de la même vie politique, religieuse, sociale et économique, leur « première nature ». C'est de la même manière que ceux qui émigrèrent à Paris où à Vienne devinrent avec le temps de vrais Parisiens et de vrais Viennois.

Ces qualités caractéristiques prédominantes marquent le peuple juif de l'estampille névropathique. Peu à peu, ils perdirent le contact avec la nature, qui, au temps de leurs occupations agricoles, servait de correctif : peu à peu aussi leurs plaisirs sociaux, déjà restreints par les prescriptions religieuses, le furent davantage encore par l'exclusion dont ils étaient frappés : l'expansion de leurs passions et de leurs émotions étant trop réduite, leur santé en souffrit et ils devinrent de plus en plus névropathes. L'intérêt se limitant à la famille, les sentiments familiaux devinrent plus intenses que chez les autres peuples, ce qui aboutit souvent à de véritables excès vénériens matrimoniaux, dont les femmes surtout eurent à souffrir ; et aujourd'hui encore, il n'est pas rare, chez les juifs orthodoxes, de voir des femmes qui, depuis la puberté jus-

qu'à la ménopause, sont condamnées à une série ininterrompue de grossesses, d'accouchements et d'allaitements.

Comment s'étonner alors que l'*Hysteria gravis* soit si commune parmi les femmes juives. Les cas graves d'aphonie hystérique, sous forme endémique, sont fréquents chez les juifs des deux sexes, et l'aphonie hystérique est presque caractéristique d'une origine juive : les autres formes convulsives et psychopathiques sont d'ailleurs extrêmement communes chez les hommes comme chez les femmes.

Bien que les qualités inhérentes aux juifs aient plusieurs siècles de durée, ils ont une grande aptitude à l'adaptation physique et mentale, et si l'on peut se servir de cette expression, ils sont extrêmement plastiques.

Ils ne sont pas d'ailleurs une nation, au vrai sens du mot, car la condition néceseaire pour constituer une nation est l'unité de langue, et si l'hébreu n'est pas absolument mort, du moins, n'est-il pas un langage populaire. Il n'existe d'ailleurs entre les juifs de différentes origines qu'un lien superficiel fondé sur d'anciennes traditions et parfois sur la misère des persécutions. Parvenus à cette conclusion que les juifs constituent un peuple très intellectuel et très névropathe, il nous reste à rechercher l'influence du facteur O, c'est-à-dire les causes capables de déterminer des états neuro-pathologiques et particulièrement la folie et la paralysie générale.

On admet aujourd'hui que l'alcoolisme et la syphilis sont les deux principaux facteurs de la paralysie générale ; l'auteur a toujours combattu cette opinion : il divise ses malades juifs en deux classes, dans la première desquelles la syphilis et l'alcoolisme sont rares (ces deux tares sont plus rares encore chez les juifs orthodoxes), et il constate que les névroses de dégénérescence et la paralysie générale sont communes dans les deux classes, ce qui condamne au point de vue étiologique les facteurs incriminés. La théorie de l'auteur à cet égard se résume en cet axiome : *Tabicus et paralyticus non fit, sed nascitur*. Quelles sont donc les causes déterminantes de la paralysie générale chez les juifs ? La première cause se trouve dans les mauvais traitements et les cruautés qu'ils ont eu à subir, même dans ces dernières années ; on se demandera pourquoi cette maladie n'est pas devenue plus fréquente et héréditaire aux époques éloignées où les juifs étaient persécutés et exilés plus cruellement qu'aujourd'hui ; c'est que la plupart du temps ils succombaient aux mauvais traitements ou aux privations.

Mais il y a d'autres raisons à cette augmentation de la folie : ils sont devenus ambitieux à mesure que la liberté les a fait bénéficier d'un meilleur accueil ; toutes les carrières se sont ouvertes devant eux, mais, malgré tout, pour y entrer, pour y rester, pour

s'y distinguer, la lutte est plus âpre pour eux que pour les autres, et d'autant plus dangereuse pour leur système nerveux qu'ils y apportent la ténacité héréditaire des jours de misère.

Les femmes ont subi des influences d'ordre différent, mais analogues, eu égard à leur sexe, et sont devenues bizarres et souvent perverses.

De ces diverses circonstances est résulté le récent accroissement de la paralysie générale chez les juifs. Les statistiques doivent être considérées comme trompeuses à cet égard, parce que les Juifs dissimulent souvent les cas d'aliénation mentale, soit à cause de leur antipathie pour les asiles, soit pour des raisons d'ordre social (mariage). Mais les observations personnelles des médecins révèlent plus nettement que les documents officiels l'accroissement du nombre des cas de folie chez les juifs.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

IX. **Un arbre généalogique démonstratif de la folie et du suicide**; par J.-M.-S. WOOD et A.-R. URQUHART. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1901.)

Il faudrait pour donner une idée exacte de ce travail reproduire l'arbre généalogique qui l'accompagne et en fournit les éléments.

On peut noter toutefois qu'il est particulièrement intéressant au point de vue de la persistance dans une même famille de formes semblables d'aliénation mentale. R. M.-C.

---

# REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

---

I. **Deux cas de myélite conjugale**; par le Dr GLORIEUX. (*Journ. de Neurologie*, 1902, n° 2.)

Dans l'un des cas relatés dans cette note le mari et la femme étaient atteints de tabes dorsalis; dans l'autre le mari était tabétique et la femme présentait tous les signes d'une myélite de la région lombaire. Chez aucun de ces quatre malades on n'a pu relever aucun antécédent syphilitique.

Ces observations semblent donc établir que dans un certain nombre de cas tout au moins l'existence de myélites conjugales peut être le fait d'une simple coïncidence. G. D.

II. **Les paralysies post-anesthésiques**; par le Dr de Buck. (*Journ. de Neurologie*, 1902, n° 2.)

Les trois cas de paralysie post-anesthésiques rapportés dans cette note concernent des femmes ne présentant aucun signe d'hystérie et qui avaient subi une intervention sur les organes génitaux internes : l'une a été paralysée du bras droit, l'autre du bras gauche, la troisième a été atteinte d'hémiplégie droite, avec aphasie, etc. Ces paralysies ont été observées dans les vingt-quatre heures qui ont suivi l'opération et n'ont pas duré plus de quelques jours. L'anesthésie a été obtenue dans tous les cas au moyen du chloroforme et c'est à l'action toxique de cet agent sur les centres nerveux, qu'il faudrait, d'après M. de Buck, rattacher ces accidents paralytiques : il s'agirait en un mot de paralysies toxiques et non hystériques comme l'admettent quelques auteurs.

En faveur de cette origine on peut du reste invoquer la présence chez la malade qui a été atteinte d'hémiplégie du phénomène de Babinski et du clonus du pied. G. D.

III. **Scoliose neuropathique**; par le Dr Buck. (*Journal de Neurologie*, 1901, n° 23.)

Il s'agit d'un cas de scoliose neuropathique vraie d'origine traumatique. La malade n'était pas atteinte à proprement parler de sciatique, mais elle présentait des douleurs le long du membre inférieur droit et les muscles de la masse sacro-lombaire du même côté étaient le siège d'une atrophie manifeste. En outre, il existait une scoliose croisée par rapport au membre douloureux. Ce fait plaide donc en faveur de l'existence d'une scoliose par altération de l'érecteur du tronc. D'autre part de nombreux travaux ont prouvé l'existence d'une scoliose purement hystérique. L'auteur estime donc qu'il y a lieu d'admettre une scoliose neuropathique indépendante de la sciatique. Cette scoliose peut avoir une pathogénie variée. Elle peut être purement instinctive (théorie de la décharge) ou hystérique. Dans d'autres cas, elle sera réflexe et quelquefois même névritique organique. Il en est donc de la scoliose comme de la coxalgie, du torticolis, de l'hémiplégie, etc. Enfin au point de vue pathogénique, il faut encore distinguer une scoliose paralytique et une scoliose par contracture. G. D.

IV. **Un cas de névrite radiculaire double du plexus brachial avec paralysie unilatérale complète de la troisième paire simulant une pachyméningite cervicale hypertrophique**; par le Dr Heldenberg (de Gand.) (*Journal de Neurologie*, 1901, n° 23.)

Il s'agit d'un homme de trente-six ans dont l'affection débuta par des douleurs au niveau de l'épaule et du membre supérieur

droits, douleurs qui furent bientôt suivies d'une paralysie radiculaire du type Erb, avec atrophie des muscles de la ceinture scapulaire. Quelque temps après le mal subit une nouvelle recrudescence et d'unilatéral qu'il était devint bilatéral; de plus il survint deux faits nouveaux : une paralysie graduelle et totale du nerf de la troisième paire et une véritable contracture des muscles de la nuque et de ceux des membres supérieurs innervés par le radial. Cette dernière particularité pouvait faire songer à une pachyméningite cervicale hypertrophique, mais, d'une part cette contracture n'a été que passagère, et de l'autre, s'il s'était agi d'une pachyméningite cervicale hypertrophique, la paralysie n'aurait pas suivi d'aussi près les douleurs spontanées, et enfin cette paralysie n'aurait pas affecté le type d'Erb; elle aurait vraisemblablement empiété sur les muscles de l'avant-bras et de la main, dans le domaine des nerfs médian et cubitaux.

Quant à l'envahissement des filets nerveux de l'oculo-moteur commun, l'auteur l'attribue à ce fait que le malade exerçant la profession d'homme de lettres, l'appareil musculaire innervé par ce nerf réalisait chez lui un *locus minoris résistentiæ*. G. D.

V. **Contribution à l'étude clinique des aphasies**, par A. Van Gehuchten. (*Journal de Neurologie*, 1900, n° 3.)

Ce travail est basé sur trois observations : la 1re est un cas d'aphasie motrice avec agraphie sans hémiplégie ; la 2e un cas d'aphasie motrice et sensorielle, également sans hémiplégie ; et la 3e un cas d'aphasie motrice corticale qui est venue compliquer une hémiplégie droite existant depuis quatre mois et qui a entraîné de l'agraphie pour la main gauche. G. Deny.

VI. **Observation d'un cas de sclérodermie dactylique** ; par le Dr de Maere. (*Journal de Neurologie*, 1900, n° 2.)

VII. **Un cas de spina bifida avec agenésie radiculaire et cordonale** ; par F. Sano. (*Journal de Neurologie*, 1900, n° 2.)

Il s'agit d'un homme de quarante-six ans, qui porte depuis sa naissance à la région lombaire une tumeur sous-cutanée de consistance graisseuse. A ce niveau la sensibilité cutanée est abolie dans tous ses modes dans une vaste étendue formant comme une selle sur la région lombaire et sur les cuisses. Cette anesthésie occupe les territoires des première, deuxième et troisième racines postérieures lombaires. Il existait en même temps une légère contracture avec une exagération des réflexes tendineux au niveau des membres inférieurs. G. D.

VIII. **Paralysie labio-glosso-laryngée (Atrophie chronique des noyaux moteurs de la protubérance et du bulbe)** ; par F. Sano. (*Journal de Neurologie*, 1900, n° 5.

Histoire clinique d'une femme qui fut atteinte successivement à l'âge de soixante-deux ans d'une paralysie des lèvres, de la langue et des cordes vocales, avec conservation des mouvements des yeux, des membres et du tronc. L'auteur base son diagnostic sur la marche lente et progressive de la maladie, sur la symétrie parfaite des altérations fonctionnelles des noyaux bulbaires et protubérantiels, et enfin sur l'existence de tremblements fibrillaires et la diminution de l'excitabilité électrique dans les muscles paralysés. G. D.

IX. **Syndrome d'Erb** ; par le Dr de Buck. (*Journal de Neurologie*, 1900, n° 4.)

Le malade qui a servi de point de départ à ce travail présentait les symptômes suivants : 1° une parésie portant sur le domaine de presque tous les nerfs depuis la troisième paire corticale jusqu'à la moelle ianée ; 2° une sensation générale de fatigue exagérée par les mouvements et le travail intellectuel ; 3° une exhaustibilité des fonctions psychiques ; 4° une atrophie avec diminution de la contractilité faradique localisée aux muscles de l'épaule et du bras. Pas de troubles marqués de la sensibilité, pas d'altération des sphincters.

En attendant que l'anatomie pathologique nous éclaire sur la nature de cette affectiod, l'auteur propose de la désigner sous le nom d'*Hypokinésie asthénique bulbo-spinale*. Quoique d'ordre fonctionnel et partant curable, cette affection peut entraîner la mort par paralysie respiratoire.

Le traitement consiste dans le repos, une hygiène parfaite et des névrosthéniques physiques et pharmaco-dynamiques employés avec prudence et circonspection. G. D.

X. **Dissociation hystérique du sens de la température avec inversion de la sensibilité au froid** ; par G.-W. Mac Caskey. *The New York Medical Journal*, 14 décembre 1901.)

On sait que la sensation est constituée par une série très complexe de fonctions, dont chacune se manifeste dans de très petites zones contiguës de la peau, desservies par des nerfs spéciaux, lesquels traversent probablement le cerveau en suivant des trajets indépendants.

Cette dernière hypothèse paraît nécessaire notamment pour expliquer les phénomènes cliniques de la syringomyélie. Il existe au moins quatre sortes de zones sensorielles, celles du toucher,

celles de la douleur, et celles de la chaleur et du froid. L'absence de ces deux dernières fonctions constitue la thermo-anesthésie.

Dans le cas rapporté par l'auteur, les zones intéressées étaient celles qui concernent la réception des sensations de douleur et de froid, la première était altérée, et la seconde « renversée » et d'une acuité morbide.

Il s'agit d'un homme de quarante-deux ans, qui se plaignait de faiblesse des membres inférieurs, de douleur lombaire, de perte d'appétit et de sommeil. La puissance génitale était complètement abolie, et la miction parfois difficile au début. Il avait perdu beaucoup de son poids : les urines étaient normales. Le signe de Romberg était légèrement accusé, le réflexe du genou un peu exagéré.

Les pupilles étaient symétriques et sensibles à la lumière et à l'accommodation. La faiblesse des membres inférieurs n'était pas excessive.

Les muscles de ces membres, bien qu'un peu flasques, répondaient normalement à l'excitation électrique. Il n'y avait nulle part de renversement de la formule galvanique.

La sensation tactile et la perception de la chaleur étaient normales sur toute la suriace du corps. La sensibilité à la douleur faisait défaut sur la surface totale des extrémités inférieures. Mais ce qui est surtout remarquable c'est le résultat de l'exploration de la sensibilité thermique. La sensation de la chaleur était absolument normale et ses divers degrés étaient appréciés correctement et sans hésitation. Mais l'application du froid sur la peau était invariablement prise pour une sensation de chaleur, et les degrés de froid étaient sentis comme des degrés de chaleur.

Le froid n'était perçu comme du froid qu'à la face et au cou. Le caractère et la distribution de cette anomalie sensorielle devaient nécessairement faire penser à l'hystérie, malgré que rien dans l'histoire du malade ne plaidât dans ce sens. En cherchant d'autres stigmates, on trouva d'abord une anesthésie presque complète de la conjonctive. L'examen des champs visuels montra une diminution irrégulière et une inversion partielle du champ de la vision colorée (ici se placent des figures explicatives) : les divers champs ne furent délimités qu'à l'aide de quatre points, deux verticaux et deux latéraux, ce qui suffit pour l'exploration neurologique. Le champ du vert n'a pas été exploré, le malade étant daltoniste à l'égard de cette couleur.

Le diagnostic d'hystérie fut porté nettement.

Un examen ultérieur montra que les altérations de la sensibilité s'étaient notablement amendées.

Ces anomalies de la sensibilité et de la vision ne pouvaient dépendre que de l'hystérie ; on a néanmoins exigé que le malade revînt se soumettre plus tard à de nouveaux examens, parce que même en présence de phénomènes nettement hystériques, on ne

doit jamais oublier qu'ils peuvent coexister avec une lésion organique, et l'auteur cite un cas, très probant, où des phénomènes indubitablement hystériques ont accompagné, et masqué pendant un certain temps, une tumeur cérébrale. Le premier diagnostic d'hystérie avait été l'expression de la vérité, mais non de toute la vérité.

Le principal intérêt de ce cas est dans la nature même de l'altération de la sensibilité au froid. L'analgésie thermique n'est peut-être pas très rare dans l'hystérie, mais elle est presque toujours associée à l'analgésie, ce qui était le cas chez le malade dont il s'agit ici pour les extrémités inférieures, mais non pour le tronc et les extrémités supérieures.

L'auteur ne se souvient pas qu'il ait été publié des cas de cette dissociation de la sensibilité au froid dans l'hystérie ; mais on l'a observée dans certaines maladies organiques des centres nerveux. et Déjérine et Thuilant notamment ont observé cette dissociation dans la syringomyélie : chez leur malade toutefois il y avait perte complète de la sensibilité sur une surface très étendue. En fait, dans le cas qui vient d'être rapporté par l'auteur, la thermo-anesthésie au sens propre du mot n'existait pas. Il s'agissait plutôt d'une hyperesthésie à l'égard des sensations causées par le froid, lesquelles étaient perçues sous la forme de sensations de chaleur. Toutefois à cette anomalie sensorielle se joignaient des phénomènes de nature franchement anesthésique.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

**XI. Contribution à la pathogénie de l'épilepsie** : par Z. BYCHOWSKY. (*Neurolog.Centralbl.*, XIX, 1900.)

Il s'agit d'un homme vigoureux de vingt-huit ans, indemne de toute tare héréditaire ou personnelle qui, depuis plusieurs années passe six à huit heures par jour dans une atmosphère imprégnée de vapeurs de tabac. Il traite à chaud des feuilles de tabac brutes par des procédés chimiques afin d'obtenir un produit de prix modique, inoffensif et aromatique. Pour que personne ne lui vole son secret, il opère dans un local clos, dénué de ventilation. Cela lui rapporte annuellement 15 000 marks. Mais il y a gagné une conjonctivite et les autres accidents du *nicotinisme*. Depuis deux ans il éprouve des attaques d'épilepsie de plus en plus fréquentes et violentes, ce qui est conforme aux expériences de Schtscherbak (*Vratsch.*, 1887). Il cesse de s'exposer aux vapeurs toxiques, et l'épilepsie disparait sans autre traitement ; il y a dix-huit mois de cela. Les autres phénomènes du nicotinisme chronique, tels que vertiges, dyspnée, constipation, ont aussi presque disparu.

P. KERAVAL.

**XII. Contribution à la connaissance de l'hémiatrophie faciale progressive** ; par A. Hoffmann. (*Neurolog. Centralbl.*, XIX, 1900.)

Deux observations. La première, chez un jeune garçon de dix ans, est une hémiatrophie consécutive à un traumatisme; blessure au-dessous du rebord de l'orbite par suite d'une chute. Dans la seconde, il s'agit d'une femme de quarante-deux ans, qui d'abord pendant seize années, a été affligée d'une névralgie du trijumeau à gauche ; elle entraîna l'atrophie de la moitié correspondante de la face ; c'est en un cas semblable que Mendel a montré une dégénérescence du trijumeau. Mœbius regarde cette maladie comme une atrophie primitive de la peau, causée par des processus toxiques. C'est impossible à admettre chez notre jeune garçon, car sa blessure guérit rapidement et parfaitement. L'origine nerveuse est évidente dans la seconde observation. Notons les résultats favorables de l'électricité galvanique chez le jeune homme; il en est d'ailleurs ainsi parfois dans la sclérodermie en plaques, qui présente quelque ressemblance avec cette affection. M. Hoffmann avait proposé à la malade, qui souffrait terriblement, l'extirpation du ganglion de Gasser; elle refusa, il ne l'a plus revue (photographies). P. Keraval.

**XIII. Contribution clinique et expérimentale à la question de la sécrétion des larmes**; par G. Koester. (*Neurolog. Centralbl.*, XIX, 1900.)

Est-ce le facial et non le trijumeau qui préside à la sécrétion des larmes ? Voici ce que dit la clinique. Dans la paralysie faciale, on observe, du même côté, soit, le plus rarement, une exagération de la sécrétion des larmes, soit, surtout, une diminution et même une suspension de cette sécrétion. Celle-ci généralement s'accompagne de diminution de l'excitabilité électrique du tronc du facial, ou de réaction dégénérative typique, tandis que l'hypersécrétion, coïncide avec l'hyperexcitabilité électrique du tronc du nerf. Au moment de la guérison, on voit rétrocéder successivement les troubles de l'ouïe et de la sueur, du goût, de la salive, de la sécrétion lacrymale. Finalement, l'excitabilité électrique revient à la normale, mais après la réinstallation de l'incitabilité volontaire.

Dans la paralysie faciale rhumatismale, il ne survient de trouble lacrymal que lorsque la paralysie siège dans le voisinage du ganglion géniculé (trouble simultané des larmes et du goût). Dans la paralysie faciale d'origine basale, on observe également le trouble de la sécrétion lacrymale, mais naturellement sans trouble concomitant du goût. D'autres observations cliniques permettent de formuler que les fibres lacrymales arrivent du bulbe dans le tronc du facial de concert avec les fibres sécrétoires de la salive. Au niveau

du ganglion géniculé, elles se détachent en avant, et s'en vont par le grand nerf pétreux superficiel vers le ganglion sphéno-palatin. Le trijumeau ne joue, par rapport à la sécrétion lacrymale chez l'homme, qu'un rôle réflexe; il est la branche conductrice centripète de l'arc réflexe, tandis que le facial représente la branche centrifuge sécrétoire dans un nerf moteur. Le larmoiement unilatéral de l'œil dans la névralgie unilatérale de la 5e paire, plaide en faveur de cette opinion. *Le facial est donc, chez l'homme, le nerf des larmes.*

Voici, par contre, de nouvelles expériences qui prouvent que, chez le *chien*, le *chat*, le *macaque*, *le facial n'a rien à voir avec la sécrétion des larmes.* On n'obtient pas de sécrétion lacrymale de l'excitation de la corde du tympan avant son entrée dans la scissure de Glaser, ni de celle du bout périphérique ou central du facial dans le trou stylomastoïdien. L'élongation de ce dernier ne détermine pas de sécrétion lacrymale unilatérale. L'excitation du facial à la base du crâne après sa sortie du cerveau, ne produit qu'une salivation profuse. On a beau exciter isolément corde du tympan ou facial, on ne voit point les larmes couler ni déborder dans l'angle interne de l'œil. La destruction, chez tous ces animaux, du facial jusqu'au ganglion géniculé, n'entraîne pas la dégénérescence du grand nerf pétreux superficiel ou du nerf lacrymal.

Quel est donc, chez ces animaux, le nerf des larmes? Il est probable, notamment chez le chat, que le sympathique exerce une influence sur la sécrétion lacrymale. L'excitation du bout périphérique du nerf lacrymal provoque aussi la formation des larmes dans l'œil du même côté. L'excitation des racines du trijumeau, après section préalable à la base du crâne, est demeurée négative, à cause de l'épuisement des animaux par de longues vivisections; impossible de spécifier si l'excitation du nerf lacrymal tenait à celle des fibres du trijumeau, ou du sympathique mélangées.

P. Keraval.

XIV. **Les paralysies laryngées et leur importance en médecine générale**; par W.-J. Gleitsmann. (*The New-York Medical Journal*, 14 décembre 1901.

Bonne revue des notions que nous possédons actuellement sur les paralysies laryngées et sur l'utilité qu'il y a pour le laryngologiste à connaître exactement la physiologie du système nerveux.

R. M. C.

# SOCIÉTÉS SAVANTES.

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

*Séance du 28 avril.* — Présidence de M. Motet.

### *Sur les éléments de nos images mentales.*

M. J. Philippe présente à la Société les résultats d'un certain nombre d'observations sur les images mentales visuelles, étudiées au point de vue des éléments qui les composent et de manière à préciser certaines données, pour l'examen clinique des aphasies d'évocation et de la confusion mentale.

Quand une image est assez nette pour être décrite, on distingue deux principaux genres d'éléments : les uns forment le corps de l'image, les autres en sont en quelque sorte le vêtement, les dehors.

Ces derniers ne proviennent pas de la perception originelle qui a donné naissance à l'image ; ils ont été rajoutés à celle-ci après coup, à mesure que nous nous en servions pour diverses opérations mentales. Ce sont donc des éléments étrangers ou extérieurs: ils comprennent (en venant du dehors) d'abord des éléments que l'on peut appeler logiques, parce qu'on ne se les représente pas, tout en sachant très bien qu'ils appartiennent à l'image — puis des éléments que l'on se représente bien dans l'image, mais que l'on sait empruntés à d'autres images et rapportés à celle-ci pour la compléter — enfin des vides, des espaces blancs où l'on ne voit rien, tout en sachant qu'il y avait quelque chose à cette place dans la perception primitive.

Ces éléments étrangers font cependant partie de l'image, puisqu'ils se présentent toujours lorsque nous l'évoquons en essayant de la visualiser : mais ce ne sont pas eux qui réflètent les perceptions originelles d'où procède l'image.

Les éléments propres de l'image comprennent d'abord une silhouette générale, qui offre l'ensemble, les grandes lignes et parfois la teinte même de l'image que l'on essaie de visualer : le plus souvent nous nous contentons de cette silhouette quand nous évoquons une image pour une opération mentale : cela permet à la fois d'aller plus vite et d'employer encore des images déjà réduites à cette simple silhouette. — Quand on veut préciser

davantage, on trouve des éléments encore vagues, mais cependant plus particuliers et plus nets : par exemple, dans une page d'impression, des lettres dont on distingue bien la forme et le caractère, mais sans pouvoir les lire. — Enfin l'élément vital de l'image; ce sont les restes directs des perceptions primitives, ceux qui sont en quelque sorte l'écho de la sensation originelle : par exemple, les mots que l'on peut lire à leur place, sans le secours du contexte, dans une page évoquée ; les détails que l'on peut dessiner directement, tant on les visualise nettement.

Ces divers éléments sont d'ailleurs éparpillés : on trouve un détail visualisé à côté d'un élément logique, etc., et tout cet ensemble offre assez l'aspect d'une mosaïque brisée, dont les morceaux sont parfois mal rejoints. On voit par là qu'il s'est fait tout un travail, transformant profondément l'image primitive : on a rajouté, retranché, changé, et c'est maintenant un tout disparate. Ce qui explique que l'image puisse disparaître par fragments, subsister incomplète, et cette constatation peut éclairer certains points de l'histoire des aphasies, et surtout des aphasies d'évocation.

M. Sollier ne voit pas très bien la différence qui peut exister entre l'image mentale et le souvenir dont cette image est au moins la base.

M. J. Philippe. L'image mentale et le souvenir se différencient surtout par la différence de netteté qui existe entre l'image et le souvenir. L'une est très floue (l'image), tandis que l'autre (le souvenir) est très précis.

M. Vallon demande si les observations de M. Philippe ont été toutes prises sur le même sujet.

M. Philippe. J'ai étudié sept sujets appartenant tous à un milieu assez élevé (étudiants, artistes, médecins).

M. Vallon voudrait savoir si l'intensité de la mémoire à une influence sur l'intervention plus ou moins rapide des éléments logiques.

M. J. Philippe a surtout observé des sujets *visuels* chez qui les éléments logiques interviennent très activement ; mais les individus peuvent se modifier et devenir des *auditifs* ou des *parleurs*. Il n'y a donc pas de rapport fixe entre le degré de la mémoire et la rapidité de l'intervention des éléments logiques.

M. Ballet désirerait avoir un exemple concret de ce que M. Philippe appelle les *éléments logiques*.

M. J. Philippe. J'ai demandé à un étudiant de me décrire une page du dictionnaire de physiologie de Richet, qu'il a eu entre les mains et parcouru. Il me répondit : Je ne me *rappelle* pas la dispo-

sition de la page, mais *je sais* qu'en haut de la page le mot dictionnaire est imprimé en gros caractères, que la page est divisée en colonnes avec d'autres mots en gros caractères au début des articles. Ceux-ci *doivent* être courts. Je ne *sais* pas s'ils sont signés du nom de leur auteur. Enfin le sujet conclut : Ce n'est pas ma mémoire qui me sert pour cette description mais le raisonnement.

M. Ballet. Je considère le souvenir comme uniquement constitué d'une série de représentations mentales. Même dans l'expérience qui vient d'être décrite, je ne vois que des représentations mentales. En effet, votre observateur s'analyse mal quand il vous dit : « Je ne vois pas, mais je sais ». N'est-ce pas, en effet, grâce à l'intervention d'un élément visuel qu'il fait transporter en haut de la page le mot dictionnaire qu'il a *vu* ailleurs et au commencement de l'article le titre de cet article qu'il a *vu* dans tous les dictionnaires. Dans tous les phénomènes de représentation mentale, il y a une ou deux images particulièrement marquées autour desquelles viennent se grouper d'autres éléments de *représentation* plutôt *sensorielles* que *mentales*.

M. J. Philippe admet que, dans les *éléments logiques*, il y a bien une partie *représentative* mais il ne lui attribue qu'un relief secondaire. Le rôle le plus important est joué par le raisonnement par ce qu'il a désigné du nom d'*éléments logiques*.

M. Bernard-Leroy. Une image *visuelle* n'est jamais purement *visuelle ;* il y entre toujours quelques *éléments logiques* qui ne sont que des images *sensorielles* floues.

M. Sollier. Dans l'exemple de l'évocation d'une page de dictionnaire, il y a deux choses : d'abord l'aspect général de tous imprimés et ensuite de la page particulièrement désignée. Dans la représentation générale, c'est l'élément logique qui domine. Dans la représentation mentale de la page de dictionnaire, c'est le réveil d'une image visuelle particulière.

*Paralysie générale à forme sensorielle.*

M. P. Sérieux communique en son nom et au nom de M. Mignot l'observation d'un paralytique général de quarante et un ans, ancien syphilitique chez lequel les idées délirantes sont provoquées et entretenues par des *hallucinations* de l'ouïe, de la sensibilité générale, de l'odorat et du goût. *Les hallucinations de l'ouïe* sont d'une permanence et d'une intensité comparables à ce que l'on voit dans les délires systématisés ordinaires. Il ne s'agit pas là de pseudo-hallucinations, le malade fait continuellement allusion, dans ses discours et dans ses lettres, aux voix qu'il entend ; il suffit de l'examiner quelques instants, à son insu, pour constater les réactions extérieures habituelles des hallucinés.

En novembre 1900 et en mars 1901, à la suite de crises épileptiformes, X... présente d'abord de la *surdité corticale*, puis de la *surdité verbale pure;* on constate néanmoins à plusieurs reprises l'existence des hallucinations de l'ouïe. Les troubles aphasiques durent une huitaine de jours, puis le délire hallucinatoire reprend son activité.

En avril et en octobre 1901, consécutivement à des accès convulsifs, on observe encore des phénomènes de déficit réalisant alors le type de l'*aphasie sensorielle :* surdité verbale, paraphasie, cécité verbale, paragraphie. Comme les premières fois, les troubles aphasiques durent une semaine, et à la suite le délire et les hallucinations reprennent leur cours.

En juillet 1901, *la démence* fait de rapides progrès ; l'agitation devient extrême et le malade, après des crises convulsives subsintrantes, s'alite, devient *gâteux*, a des *eschares* et meurt (décembre 1901).

*Autopsie :* hémisphère gauche, 526 grammes; hémisphère droit, 551 grammes. Lésions de *méningo-encéphalite diffuse*, mais les lobes frontaux sont relativement épargnés, tandis que les lobes temporaux présentent le maximum des altérations; à gauche, au niveau de la première temporale et de la circonvolution supra-marginale (centre de l'audition), la décortication détermine la séparation complète de l'écorce et de la substance blanche (Baillarger, Rey, Tuczek).

L'examen microscopique fait par M. Rabaud, confirme le diagnostic de paralysie générale.

L'existence d'une lésion bien localisée au centre de l'audition chez un malade ayant présenté de la surdité verbale (phénomènes de déficit) et des hallucinations (phénomènes d'excitation) explique d'une façon tangible des troubles qui sont habituellement mis sur le compte de l'hérédité ou de la dégénérescence, facteurs étiologiques beaucoup plus lointains et beaucoup moins précis. L'alternance des phénomènes de déficit et d'excitation du centre auditif, n'a pas lieu d'étonner davantage que les convulsions qui se sont succédé au niveau du même membre.

Les faits analogues à l'observation ci-dessus, paraissent à tort exceptionnels ; ils seront plus fréquemment observés quand l'attention aura été attirée sur eux. On est autorisé à décrire à part une *variété sensorielle* de la paralysie générale, comprenant les cas caractérisés par la prédominance des troubles sensoriels et des troubles de la sphère du langage (symptômes d'excitation ou de paralysie) tels que : aphasie motrice, hallucinations motrices verbales, hallucinations de l'ouïe, surdité corticale, surdité verbale pure, aphasie sensorielle, hallucinations de la vue, hémianopsie, etc. Cette variété symptomatique tient à la prédominance des lésions au niveau de certains territoires corticaux et plus particu-

lièrement des centres de la région postérieure. Les lésions, elles-mêmes, affectent alors des caractères spéciaux : foyers parfois nettement circonscrits avec séparation complète de l'écorce et de la substance blanche.

La connaissance de cette variété clinique et anatomo-pathologique de la paralysie générale est intéressante au point de vue du diagnostic. En effet l'existence d'un délire à base d'hallucinations et la constatation de symptômes habituellement dus à des lésions en foyer, ne doivent pas faire écarter, comme on l'a dit, le diagnostic de méningo-encéphalite diffuse, mais doivent faire penser à cette forme sensorielle de la paralysie générale liée à des foyers circonscrits de méningo-encéphalite d'intensité exceptionnelle.

M. Vallon demande quelle a été la durée de la phase hallucinatoire.

M. Sérieux. Dix-huit mois ou deux ans. M. B.

---

*Séance solennelle du cinquantenaire (26 mars).*

Présidence de M. Matet.

Le 26 mars 1902, la Société médico-psychologique se réunissait pour fêter le cinquantième anniversaire de sa fondation. La plupart des membres assistaient à la séance ainsi que de nombreux associés ou délégués étrangers.

Le Président, M. Motet, prononce un éloquent discours d'une grande élévation de vues dans lequel il fait revivre les grandes figures qui ont contribué à la fondation de la Société médico-psychologique.

L'orateur s'est attaché surtout à montrer les origines de la Société, et comment, sous l'influence de Cerise, de Longet et de Baillarger, un organe destiné à centraliser les recherches d'aliénation mentale fut fondé et comment bientôt Baillarger, aidé surtout par Renaudin et Aubanel arriva à constituer la Société médico-psychologique. Il adresse un hommage aux premiers médecins qui en firent partie, parmi lesquels plus d'un laissa un nom qui n'est pas oublié et qui ne le sera jamais. En quelques mots pleins d'émotion, l'orateur parle de M. J. Falret qui s'éteignait pendant la célébration du cinquantenaire. Il faisait partie de la Société depuis 1854.

Citons la péroraison de son discours : « Une société comme la nôtre, toujours prête à traiter les questions les plus élevées de la psychopathologie, de la neuropathologie, de la médecine légale, de l'administration des asiles, de l'assistance des aliénés, sollicitant

et préparant par son incessante initiative, le progrès, dans toutes les branches que comporte son vaste programme, peut avoir foi en elle-même. Elle a eu un passé qu'elle peut évoquer avec fierté; son avenir ne me paraît pas moins assuré, si j'en juge par le mérite de ceux qui viennent à elle, qui lui apportent l'énergique vitalité de la jeunesse et la ferme volonté de maintenir nos vieilles et chères traditions d'honneur, de probité scientifique, de confraternelle solidarité. »

De nombreux applaudissements soulignent l'éloquente péroraison de M. Motet.

M. Séglas, au nom de MM. Arnaud, Joffroy, Garnier, J. Voisin, donne lecture du rapport de la Commission du prix Aubanel. Le prix est décerné *ex-æquo* à MM. Bernard-Leroy et Castin. Une première mention avec 400 fr. est accordée à M. Coliolan. Une autre mention avec 200 fr. est attribuée à M. Marchand. Le sujet que les candidats auront à traiter en 1904 est le suivant : Valeur diagnostique des symptômes oculaires, aux différentes périodes de la Paralysie générale; valeur appuyée surtout sur des observations personnelles.

M. le Secrétaire général Ritti, dans une étude des plus documentés, retrace l'histoire des travaux de la Société médico-psychologique (1852-1902), depuis sa fondation qui remonte à 1852.

Nous allons essayer de résumer cet important discours, véritable monument historique de la Société. Ce fut Baillarger qui, le premier, eut l'idée de fonder une association de médecins aliénistes. Avec le concours de Renaudin et d'Aubanel, une première tentative fut faite en 1847, mais elle ne fut pas couronnée de succès. Quelques années plus tard, le projet fut repris, et le 26 avril 1852 la Société médico-psychologique tint sa première séance. Parmi les adhérents de la première heure, on relève les noms de : Ferrus, qui fut nommé président, Baillarger, Cerise, Brierre de Boismont, Gerdy, Dechambre, Calmeil, Delasiauve, Moreau (de Tours), Trélat, Félix Voisin, Parchappe, Lallemand, Paul Janet. Le programme était très vaste. Il comprenait, à côté de l'étude de la pathologie mentale et de la neuropathologie, celle de l'anatomie et de la physiologie du système nerveux et de l'anatomie pathologique. Parmi les objets de ces recherches on note encore : « l'hygiène morale, l'éducation ou la prophylaxie de l'aliénation mentale et des névroses, l'hygiène pénitentiaire, des études historiques sur les maladies de la sensibilité et de l'intelligence, l'administration, la médecine légale, la jurisprudence et la statistique ».

Enfin, une place fut faite à des questions d'ordre général, telles que la philosophie, l'ethnologie, la psychologie, l'histoire « ce mot devant s'entendre des grandes épidémies morales, des influences de certaines époques, des biographies de plusieurs personnages ».

Une section du programme avait pour objet « l'étude de la science des rapports du physique et du moral ».

Dans une revue générale des plus complètes, M. Ritti rend compte des principaux débats qui occupèrent les séances de la Société.

La question de la monomanie, soulevée par Delasiauve, donna lieu à une discussion qui fournit un exemple frappant de l'influence du procédé exclusivement psychologique sur l'étude des aliénations mentales, méthode dont la stérilité se faisait déjà sentir. La théorie de la monomanie en tant qu'entité morbide reçut dès ce moment des coups mortels de la part de Fabret et de Morel.

Un débat sur les hallucinations permit à Baillarger de développer des idées lumineuses devenues depuis classiques et à Parchappe de poser la question sur le terrain anatomopathologique. L'étude des « folies sympathiques », si en honneur autrefois, celle de la catalepsie et du somnambulisme donnèrent lieu à des discussions intéressantes. La paralysie générale occupa la Société dès 1858. Neuf séances furent consacrées, à cette époque, à élucider cette question. Parchappe dit nettement que la paralysie générale « forme une espèce distincte du genre folie ». Dès lors la lutte allait s'engager entre les partisans de cette opinion et ceux qui partageaient les idées de Baillarger sur la dualité de cette affection. Des recherches anatomo-pathologiques furent communiquées par plusieurs auteurs, entre autres par Bonnet et Poincaré, Foville, J. Falret. Les rapports avec la syphilis furent discutées à plusieurs reprises, mais « la contradiction ne fit que confirmer chacun dans son opinion ».

L'épilepsie ne donna lieu à aucune grande discussion, sauf cependant l'épilepsie larvée, « cette création du génie de Morel ».

La question de l'existence ou de la non-existence de la folie raisonnante, en tant que type morbide défini a dû aux communications de J. Fabret et de Baillarger de s'être précisée.

Le problème de l'influence de l'hérédité sur les maladies mentales et nerveuses fut abordé des 1867, mais il s'agit là d'une enquête qui reste toujours ouverte et qu'il nous appartiendrait de reprendre et de compléter.

La symptomatologie de l'état mental des aliénés avec conscience de leur état, l'étude des signes physiques de la folie raisonnante, celle de certains symptômes tels que : l'agoraphobie, la claustrophobie, les perversions sexuelles, ces différents éléments ont permis d'aborder la question des fous héréditaires.

Au cours d'une discussion qui occupa plusieurs séances, M. Magnan exposa ces notions devenues classiques sur les stigmates psychiques de la dégénérescence qui rendirent son nom illustre dans le monde entier.

Les idées délirantes de persécution donnèrent lieu à des commu-

nications telles que celles de Faville sur les aliénés migrateurs, de M. Motet sur les violences commises par les persécutés en liberté, de Lasègue qui vint défendre l'œuvre qu'il avait créée quelque trente ans avant. Mais c'est la discussion célèbre sur le délire chronique de Magnan qui porta le plus de lumière dans cette question éminemment complexe. Le litige qui suivit l'exposé de la question fait par M. Garnier, porta surtout sur les deux derniers stades de la maladie isolée par M. Magnan : celui où commencent à apparaître les idées de grandeur et celui de démence terminale. Signalons l'intervention de MM. Magnan, Garnier. J. Falret, Ball, Briand, Cotard, Christian, Ballet.

Les questions touchant la classification ont dès longtemps sollicité la sagacité des aliénistes.

En 1860, une discussion eut lieu à propos de la classification de Morel, dans laquelle M. J. Falret prit une part prépondérante s'attachant à démontrer l'importance « des méthodes naturelles, c'est-à-dire des modes de classement reposant sur un ensemble de caractères subordonnés et coordonnés et se succédant dans un ordre déterminé, et non des systèmes artificiels qui rapprochent les faits à l'aide d'un seul ou d'un petit nombre de caractères. »

En 1888, lorsqu'il s'est agi de donner l'opinion de la Société sur les bases d'une classification des maladies mentales, un débat s'engagea, et dès le commencement il était facile de prévoir qu'il ne pouvait aboutir : les tenants d'une classification étiologique se trouvèrent aux prises avec les partisans d'une classification anatomo-pathologique; et ni les uns ni les autres ne voulurent s'entendre avec les défenseurs d'un classement purement empirique. La question, on le sait ,resta ouverte.

La psychiatrie est une branche de la médecine. Aussi les questions de thérapeutique ont-elles de tout temps sollicité l'attention des membres de la Société. L'emploi du bromure de potassium dans le traitement de l'épilepsie ; les bains prolongés ; l'opium et ses alcaloïdes dans la thérapeutique des états mélancoliques ; les médicaments hypnotiques, voila quelques-uns des principaux sujets de discussion. La question du no-restraint, soulevée en Angleterre par Conolly, donna lieu à un échange d'opinions contradictoires. Bouchereau et M. Magnan et leurs élèves représentaient d'abord à eux seuls la minorité, mais on sait combien l'expérience leur donna finalement raison. La Société s'occupa aussi des sorties provisoires des aliénés, de la colonisation, de la création d'asiles pour aliénés criminels, de la séquestration des alcooliques, de l'assistance des épileptiques.

Les problèmes les plus délicats de la médecine légale furent traités par la Société. Citons les questions suivantes : la responsabilité partielle des aliénés, la responsabilité de l'homme ivre,

la question de l'interdiction des aliénés, la discussion sur les aliénés criminels, et le mariage ou le divorce des aliénés.

La Société médico-psychologique s'occupa toujours avec sollicitude des intérêts professionnels. Sous son patronage se fonda l'Association mutuelle des médecins aliénistes de France.

Inutile de rappeler le soin qu'elle apporte à la distribution de ses prix, à sa participation aux congrès et cette sorte de piété filiale et de solidarité professionnelle dont elle fait preuve quand il s'agit d'honorer ses morts.

Nous ne saurions mieux faire que de terminer en citant ces mots de M. Ritti : « Nous avons reçu des générations qui nous ont précédés dans cette Société, non seulement la vie, mais tout un riche héritage de traditions et de labeur. Le flambeau de la science, pris des mains de nos maîtres et qui nous a éclairés, il est de notre devoir de l'entretenir pieusement, pour le transmettre, brûlant d'un éclat plus vif, à ceux qui nous suivront. Ainsi seulement nous aurons vraiment mérité de nos prédécesseurs, et nous nous montrerons dignes d'être, à notre tour, honorés par nos successeurs. »

Il est inutile d'ajouter que ce retour sur le passé de la Société que l'éloquent secrétaire général faisait effectuer à ses collègues a été fréquemment interrompu par de chaleureux applaudissements.

Le soir, un banquet réunissait, chez Marguery, la plupart des membres de la Société auxquels s'étaient joints les lauréats du prix Aubanel. M. B.

---

*Séance du 30 juin 1902.* — PRÉSIDENCE DE M. MOTET.

LE PRÉSIDENT annonce, en termes émus, la perte faite par la Société, en la personne d'un de ses plus anciens membres et de son ancien président, le Dr Jules Falret, qui succombait le lendemain du jour où la Société célébrait le cinquantenaire de sa fondation.

LE PRÉSIDENT donne ensuite lecture du discours prononcé sur la tombe au nom de la Société médico-psychologique et de la Société de médecine légale qu'il a associées dans son suprême hommage à Jules Falret.

La séance est ensuite levée en signe de deuil.

*Délire et insuffisance hépatique.*

MM. VIGOUROUX et JUQUELIER, à propos de quelques malades chez lesquels ils ont constaté la coïncidence d'insuffisance hépatique passagère et de troubles mentaux également passagers, établissent une relation de cause à effet entre les deux manifestations morbides. Après un rapide historique où sont mentionnés en par-

ticulier les travaux de M. Klippel, du Pr Joffroy, de M. L. Levi, de MM. Ballet et Maurice Faure, MM. Vigouroux et Juquelier rappellent les signes habituels (cliniques et urinaires) de la petite insuffisance hépatique (subictère, anorexie, constipation, fétidité des selles, diminution d'urée, urobilinurie, glycosurie alimentaire, etc).

Ils ont retrouvé la plupart de ces signes chez des sujets présentant des troubles psychiques, intermittents ou passagers, et n'accusant de lésion hépatique que par cette altération fonctionnelle de la cellule. Cette altération prévue par M. Klippel dans les cas aigus que cet auteur rapporte put être vérifiée par lui à l'autopsie.

Les auteurs, à cause même du genre de malades auxquels ils se sont adressés, n'ont pu faire de constatations anatomiques, mais ils ont vu l'insuffisance hépatique évoluer parallèlement avec les troubles psychiques; ils ont vu en particulier disparaître la glycosurie alimentaire, qui leur servait de pierre de touche quand disparaissaient les troubles mentaux (confusion mentale, délire onirique, hallucinations provoquant le délire, excitation, etc.)

Si cette auto-intoxication hépatique frappe des cerveaux prédisposés (dégénérescence, alcoolisme), il n'est pas pourtant sans intérêt de la diagnostiquer, puisque sa connaissance permet :

1° D'instituer une thérapeutique immédiate plus rationnelle;

2° D'indiquer au malade un régime hygiénique destiné à éviter le retour des crises d'insuffisance.

Le malade guéri devra non seulement éviter le surmenage cérébral en tant que dégénéré, mais il devra encore surveiller son régime alimentaire en tant qu'hépatique latent.

Les observations rapportées sont réparties en trois groupes :

1° Celles où l'auto-intoxication d'origine hépatique a frappé un sujet anciennement alcoolique, bien qu'abstinent depuis quelque temps;

2° Celles où des accès intermittents de confusion mentale avec délire hallucinatoire ou agitation ont évolué parallèlement avec des accès également intermittents d'insuffisance hépatique;

3° Celles où des signes d'insuffisance hépatique s'observent chez des délirants actuellement en évolution, et où cette insuffisance hépatique a servi de guide au point de vue thérapeutique.

L'état mental de ces malades présente une grande diversité.

Mais, d'une façon générale, les auteurs retrouvent chez eux les caractères des délires toxiques et infectieux (confusion mentale, cauchemars, hallucinations, perte de conscience, agitation motrice et automatique).

*Signes physiques de démence précoce.*

M. Masselon, au nom de M. Sérieux et au sien, fait une communication sur les signes physiques de la démence précoce. D'après

de nombreuses observations, les auteurs notent la fréquence de troubles pupillaires variés, de troubles des réflexes et de la sensibilité cutanée. Ils notent par ordre de fréquence : troubles de l'accommodation, du réflexe lumineux, dilatation pupillaire, déformation pupillaire, inégalité pupillaire. Les réflexes tendineux sont exagérés dans le tiers des cas. La sensibilité est diminuée dans plus de la moitié des cas, ainsi que le réflexe plantaire; le réflexe crémastérien, le réflexe abdominal sont très souvent abolis, MM. Sérieux et Masselon ont noté aussi parfois du dermographisme.

M. Séglas ne croit pas que les signes physiques de la démence précoce aient une constance aussi grande que MM. Sérieux et Masselon l'affirment. Les troubles de la sensibilité cutanée sont peut-être plus apparents que réels et dus surtout au ralentissement des fonctions psychiques de ces malades. Les réflexes tendineux lui paraissent bien, par contre, en général exagérés, surtout chez les catatoniques. Pour les signes pupillaires, il faut craindre des erreurs possibles d'interprétation chez ces malades difficiles à examiner; il admet cependant la fréquence de la dilatation pupillaire; les signes pupillaires sont d'ailleurs variables et probablement transitoires. M. Séglas met en garde contre les erreurs possibles dues à la coexisteuce d'une maladie du système nerveux. Il cite un fait où un myosis d'origine syphilitique apparut au cours d'une démence précoce.

M. Deny rapporte un cas analogue à cette dernière observation.

M. Trénel pense que les signes pupillaires sont peut-être moins importants que ne l'admettent les auteurs. Il a constaté la dilatation pupillaire, mais celle-ci n'est peut-être qu'une sorte d'attitude de l'œil, pour ainsi dire, les malades laissant errer leur regard vaguement fixé dans le lointain. Cela paraît surtout net chez les catatoniques. Il semblerait d'ailleurs que cette dernière forme paraît plus rare en France qu'en Allemagne. Marcel Briand.

---

## SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

*Séance du 2 juillet 1902.* — Présidence de M. Gombault.

*Trophonévrose hémiatrophique totale et familiale.*

MM. Raymond et Sicard présentent deux malades, le frère et la sœur atteints d'atrophie distribuée selon la forme de l'hémiplégie c'est-à-dire atteignant tous les muscles d'un même côté y compris la face. L'hémiatrophie est donc totale. Le processus a eu une marche lente à début insensible. Chez l'un des malades il a mis

quatorze ans à évoluer avant d'arriver à l'hémiatrophie totale et a commencé par le membre inférieur gauche, s'étendant ensuite au membre supérieur, au tronc et à la face. Il y a donc là un type nouveau d'atrophie à forme hémiplégique, et une notion nouvelle familiale.

*Hémihypertrophie congénitale.*

M. Gilbert Ballet présente un malade atteint d'hémihypertrophie congénitale du côté gauche du corps. La face est plutôt moins développée à gauche qu'à droite, par contre le membre supérieur gauche est plus long que le droit, la mamelle gauche notablement plus développée que celle du côté opposé, mais c'est surtout au membre inférieur qu'on constate cette hypertrophie, la cuisse et la jambe gauches sont plus longues que celle de droite, ce qui occasionne une attitude vicieuse quand le malade est debout (inclinaison du bassin à droite, scoliose compensatrice à gauche). La circonférence de la cuisse et de la jambe dépasse aussi celle des segments correspondants du côté opposé.

Au niveau du membre inférieur gauche, on constate un développement énorme des veines, avec ulcères variculeux et troubles trophiques secondaires, de plus, sur la moitié gauche du thorax, existe une tache nævi forme très étendue.

Le malade est un bégayeur et il a de l'incontinence nocturne d'urines.

Il existe dans la science un certain nombre de cas analogues (Trélat et Monod, Finlayson, S. Adams, etc.,) de cette hémihypertrophie du corps avec développement anormal (Cirsoïde) des veines et des capillaires. Il s'agit là d'une malformation congénitale.

*Thorax en entonnoir.*

MM. Klippel et Lepas montrent deux malades atteints de la malformation dite thorax en entonnoir. L'un des malades présente de l'atrophie des pectoraux et de la cyanose des mains, ni l'un ni l'autre ne portent des signes de rachitisme.

*Œdème hystérique.*

M. Dufour présente une jeune fille atteinte d'un œdème douloureux du bras gauche à disposition segmentaire couvert d'une éruption médicamenteuse. Cet œdème a fait croire à une phlébite alors qu'il s'agit seulement d'une manifestation hystérique.

*Tachicardie et tremblement.*

M. Vaquez présente un homme atteint d'accès de tachycardie avec angoisse, suffocation et augmentation de volume du cœur à la suite d'efforts. L'accès terminé tous les signes d'insuffisance tri-

cuspidienne disparaissent et tout rentre dans l'ordre. Il ne persiste qu'un léger tremblement. Le sujet a fait des excès alcooliques. S'agit-il d'un cas de Basedow fruste ou d'une névrite pneumogastrique alcoolique isolée?

M. Déjerine a vu plusieurs cas de névrite alcoolique du pneumogastrique mais toujours chez des malades paralysés des quatre membres et jamais isolées.

Suit une discussion sur l'influence réciproque du tremblement et de la tachycardie à laquelle prennent part MM. Babinski, Ballet Marie, Raymond et Joffroy, d'après laquelle l'un de ces phénomènes n'est nullement proportionnel à l'autre et le rapport de cause à effet n'est ni constant ni absolu.

*Paralysie radiculaire traumatique du plexus brachial avec atrophies osseuses et troubles de la pression artérielle dans le membre paralysé.*

MM. Guillain et Crouzon présentent un malade de soixante-dix ans atteint d'une paralysie radiculaire du plexus brachial survenue à l'âge de quatorze mois par une traction sur le bras. La paralysie radiculaire a été primitivement totale et s'est localisée dans la suite sur le groupe radiculaire supérieur. On constate chez ce malade une atrophie osseuse très apparente de l'omoplate, de l'humérus, des os de l'avant-bras et de la main, en plus de l'hémiatrophie faciale. Aucun trouble de la sensibilité. La pression artérielle sur le membre paralysé est inférieure de 3 centimètres de mercure à la pression artérielle sur le membre sain.

Les auteurs insistent sur l'absence des troubles de la sensibilité dans cette paralysie radiculaire, qui s'explique par l'adultération moins facile des racines postérieures dans les tractions sur le plexus.

L'hypotension artérielle du côté paralysé trouve son explication dans un trouble de l'innervation sympathique vasculaire.

Quant à l'atrophie osseuse, rarement signalée dans les paralysies radiculaires, elle est sous la dépendance ou bien des filets nourriciers des os, dans leur trajet radiculaire, ou bien à une adultération de la moelle elle-même. L'expérimentation d'ailleurs prouve que les tractions sur le plexus amènent des lésions radiculaires et médulaires. L'on s'explique ainsi les analogies cliniques qui existent entre la paralysie infantile et les paralysies radiculaires, la topographie des troubles moteurs dans la paralysie infantile affectant d'ailleurs une topographie radiculaire.

*Hypertrophie du faisceau pyramidal.*

M. et Mme Déjerine montrent les préparations d'un cas d'agénésie absolue et complète d'une pyramide avec hypertrophie énorme de

la pyramide du côté opposé ! Hypertrophie numérique vraie par accroissement du nombre des fibres dont le volume reste normal. Le membre inférieur innervé par la pyramide agénésique était à peine diminué de volume et remplissait toutes ses fonctions, le faisceau homolatéral de ce côté étant intact et volumineux. De tels cas sont rares chez l'homme et ne peuvent exister que quand la lésion s'est produite à un âge où la suppléance est encore possible. Monatrow en a vu un cas chez le chien.

M. Raymond admet dans certains cas la possibilité de la suppléance chez l'adulte et en rappelle un exemple.

*Action des sérums toxiques sur l'écorce cérébrale du cobaye.*

M. Dopter. Des travaux antérieurs ont montré à M. Dopter que l'injection de sérums toxiques au niveau des nerfs périphériques du cobaye donnait lieu à des altérations de la fibre nerveuse.

Restait à se demander comment se comportait le corps cellulaire du neurone ayant subi la même action que son prolongement cylindraxile. Pour observer le fait, des injections de 2 à 4 gouttes de sérums toxiques divers (diabétiques, addisoniens, urémiques, cancéreux, etc.,) ont été pratiquées après trépanation cranienne, dans la cavité arachnoïdienne du cobaye.

Des témoins ont reçu dans des conditions identiques une même quantité d'eau physiologique, de sérum normal sans que des lésions se manifestent. Au contraire, les injections des sérums toxiques ont été suivies d'altérations variables en intensité suivant les cas. Les dernières ont porté sur l'écorce cérébrale et atteint surtout les grandes cellules pyramidales et les petites cellules névrogliques.

Les préparations colorées par la méthode de Nissl montrent les aspects suivants. Au début, le corps cellulaire se gonfle, devient hydropique, puis c'est la chromatolyse qui commence. Elle peut être totale d'emblée : le plus souvent elle est partielle et débute alors par les régions paranucléaire, périphérique ou avoisinant le cylindraxe ; ayant commencé par être partielle, cette dissolution des éléments chromatophiles peut arriver à être totale et donner lieu à de l'achromatose. Des vacuoles sont parfois perceptibles. Les prolongements cellulaires gonflés, irréguliers, sont parfois chromophiles, le cylindraxe ne peut plus être perceptible.

Le noyau présente le plus souvent le phénomène connu sous le nom d'homogénéisation, la membrane nucléaire peut cesser d'être régulièrement circulaire, et même parfois d'être visible ; le noyau est rarement excentrique.

Le nucléole peut se déplacer et quitter le centre du noyau, dans les cas les plus graves, il se résout en granulations.

Les petites cellules de la névroglie se multiplient, deviennent

abondantes et pénètrent souvent dans les cellules pyramidales où un halo clair les sépare de la masse protoplasmique. Toutes ces lésions sont obtenues indifféremment avec tel ou tel sérum; il n'existe pas de spécificité bien définie. Ces altérations, si marquées qu'elles soient, ne semblent pas de nature pour la plupart d'entre elles à être irrémédiables; et, de fait, les cerveaux d'animaux ayant été sacrifiés plus ou moins longtemps après l'injection, montrent successivement des cellules en voie de régénération ou en restauration complètes. Quelques cellules seulement gravement atteintes sont vouées à une destruction certaine. Ces expériences et les altérations qu'elles provoquent semblent de nature à éclairer la pathogénie non seulement des paralysies centrales survenant aux cours des états toxiques, mais aussi de leur caractère habituellement transitoire. L'encéphalite aiguë non suppurée est justiciable d'une même interprétation.

*Syndrome du cône terminal.*

MM. Raymond et Cestan présentent l'examen histologique d'un homme ayant présenté le syndrome du cône terminal. Cet homme était tombé en 1895 d'une hauteur de 10 mètres et avait été atteint de troubles sphinctériens, de troubles de l'éjaculation, d'anesthésie des muqueuses uréthrale et rectale, d'anesthésie cutanée de la région périneo-anale. Il est mort en 1900 sans que son état se soit modifié. A l'autopsie les auteurs ont trouvé un foyer de sclérose névroglique ayant détruit les cinquième et quatrième segments sacrés. Ils insistent sur le mécanisme particulier de ces myélites traumatiques du cône terminal : dans le cas actuel, absence d'hématomyélie ou d'allusion directe de la moelle par une fracture de la colonne vertébrale, mais bien myélite par contre-coup et élongation des racines sacrées inférieures dans la flexion forcée du tronc comme le leur a montré l'expérimentation. Enfin, par l'analyse des lésions histologiques, ils estiment que dans leur cas la gliose post-traumatique ne peut être assimilée à la gliose syringomyélique.

*Syndrome occipital double.*

M. Dide rapporte le cas d'un malade ayant présenté de l'amnésie continue avec cécité verbale pure, cécité générale avec conservation de la vision centrale. Perte du sens stéréognostique, du sens de l'orientation et du sens topographique. Les diverses sensibilités étaient altérées à droite. Il existait un ramollissement des deux lobes occipitaux siégeant à la partie postérieure du lobule lingual jusqu'à la scissure calcarine.

*Reproduction expérimentale de la méningite et de la paraplégie pottiques, au moyen de poisons tuberculeux.*

M. P.-Armand Delille présente des coupes de méningites spinales, provoquées chez les chiens, par l'introduction épidurale ou sous-arachnoïdienne, des poisons à action locale du bacille tuberculeux (poison caséiflant : éthéro-bacilline et poison sclérosant : chloroformo-bacilline d'Auclair).

L'aspect des lésions est particulièrement intéressant, à cause de l'épaisseur considérable de la gaine de tissu pathologique qui entoure la moelle ; quant à l'évolution clinique, elle est caractérisée par l'apparition, trois semaines après l'inoculation, de paralysie avec troubles sphinctériens et amyotrophie, qui reproduisent trait pour trait la paraplégie du mal de Pott ou de la pachyméningite tuberculeuse primitive.

M. Londe rapporte un cas de *paralysie générale à marche rapide avec crises d'angoisse.*

M. Leredde revient sur sa communication antérieure, *tabes et syphilis*, insistant sur l'utilité du traitement intensif maximum appliqué avec énergie dès le début au moyen du calomel, à haute dose, souvent répétée.

M. Déjerine. On voit un si grand nombre de cas de tabes restés sans aucune progression à la période de début sans traitement, qu'on peut hésiter à déterminer quelle est l'influence vraiment heureuse du traitement lui-même.

M. Marie, rangé à la même opinion, a longtemps appliqué ce que propose M. Leredde et a vu souvent ce mode d'action amener une cachexie rapide chez des tabétiques et des paralytiques généraux. La chose n'est donc pas nouvelle et l'enthousiasme de M. Leredde lui semble un peu excessif.

La prochaine séance est fixée au 6 novembre. F. Boissier

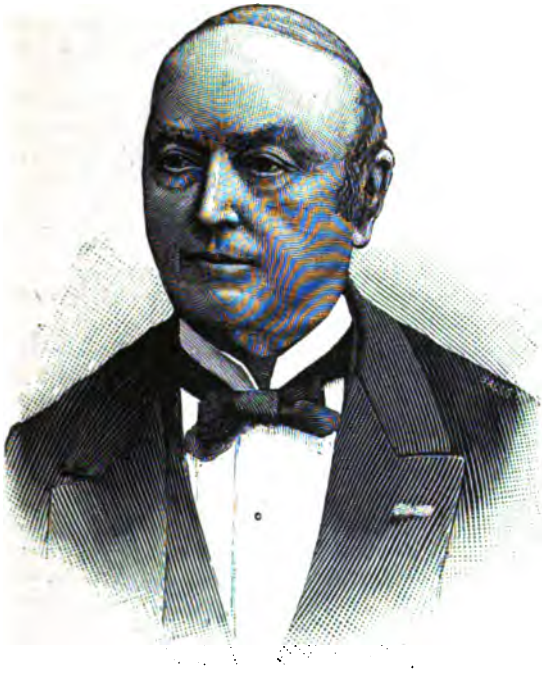
---

DOUZIÈME CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Section de Grenoble. Secrétaire général : Dr J. Bonnet, médecin en chef de l'asile de Saint-Robert (Isère). (Voir le programme dans le dernier numéro.)

Nous prions instamment tous les auteurs de communications à ce Congrès de bien vouloir nous en envoyer le plus tôt possible un résumé.

# NÉCROLOGIE.



LE Dr JULES FALRET

La mort vient de nous enlever récemment un aliéniste des plus éminents, un de nos maîtres les plus respectés et les plus aimés, M. Jules FALRET, décédé à Vanves, le 28 mai dernier, après quelques jours de maladie.

Né à Vanves, le 18 avril 1824, dans la Maison de santé fondée par son père et par Félix Voisin, Jules Falret, sous la ferme direction de son père, dont l'exemple lui était un simulant et un guide, fit de fortes études classiques; il s'adonna aussi, ce qui était alors une exception, aux langues étrangères. Son esprit, fin et pénétrant, s'adaptait merveilleusement aux recherches de psychologie mor-

bide, vers lesquelles l'inclinaient les influences du milieu où il grandissait, ses rapports incessants avec les malades et avec les aliénistes de tous les pays qui se rencontraient dans cette maison si hospitalière. Aussi, devenu interne des hôpitaux en 1847, à l'âge de vingt-trois ans, se spécialisa-t-il de bonne heure. Il fut reçu docteur, en 1853, avec une thèse *Sur la folie paralytique et les diverses paralysies générales*. Très mûri, d'un sens clinique très sûr, d'une observation très approfondie, ce premier travail est une œuvre vraiment remarquable ; il a fixé nos idées sur la marche de la paralysie générale, sur ses variétés habituelles, sur les caractères des idées délirantes, « multiples, mobiles, non motivées et contradictoires entre elles », il reste, aujourd'hui encore, un des meilleurs travaux sur cette affection dont la bibliographie est si vaste.

Jules Falret développa et compléta ses idées sur la paralysie générale dans plusieurs études ultérieures, données soit aux *Archives générales de médecine* (1855 et 1858), soit à la *Société médico-psychologique* (1858), soit au premier *Congrès international de médecine mentale* (1878).

Nommé médecin de Bicêtre en 1867, puis de la Salpêtrière, en 1883, les obligations de son service devinrent un excitant pour son activité scientifique. Il disposait d'un double champ d'observations, la Maison de santé de Vanves et l'hôpital ; il sut mettre à profit l'un et l'autre, et il publia de nombreux mémoires qui touchent à toutes les branches de la pathologie cérébrale. Dans tous ces travaux, Jules Falret a semé des idées nouvelles, qui sont aujourd'hui du domaine commun. Nous ne pouvons qu'indiquer sommairement les études sur *la Catalepsie* (1857), sur la *Séméiologie des affections cérébrales* (1860), sur *les Principes à suivre dans la classification des maladies mentales* (1860), sur l'*Etat mental des épileptiques* (1860). Dans ce beau mémoire, Jules Falret étudie avec un soin tout particulier un problème de la plus haute importance : « *Les accès de délire se produisant chez des individus dont l'épilepsie est méconnue ou n'existe réellement pas au moment où l'on observe ces malades* » ; pour ces cas, Jules Falret a créé l'expression de *petit mal intellectuel* des épileptiques, restée dans le langage médical. Un peu plus tard, il publiait un travail critique sur les *Théories physiologiques de l'épilepsie* (1862). Puis, viennent les recherches sur les *Troubles du langage et de la mémoire des mots dans les affections cérébrales* (1864), sur la *Folie raisonnante ou folie morale* (1866), sur *la Consanguinité, l'Amnésie, l'Aphasie* (1866), sur l'*Emploi du bromure de potassium à hautes doses chez les épileptiques* (1871), sur *la Folie à deux ou folie communiquée* (1877), en collaboration avec Lasègue, sur la *Folie circulaire* (1878-1879), son *Rapport* au Congrès de 1889, dont il était le président, *Sur les obsessions intellectuelles, émotives et instinctives, etc.*

Entre temps, les questions relatives à l'Assistance et à la Médecine légale des aliénés attiraient l'attention de Jules Falret. Il publiait une série de mémoires sur la *Colonie d'aliénés de Gheel* (1862), sur *les asiles d'aliénés de la Hollande* (1862), sur *les divers modes de l'assistance publique applicables aux aliénés* (1864), sur *les législations étrangères sur les aliénés et les réformes proposées à la loi de* 1838 (1869), sur *les aliénés dangereux* (1868), *les asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels* (1868), *la responsabilité légale des aliénés* (1876), etc.

La plupart de ces travaux ont été réunis en deux volumes, sous le titre de : *Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, et *les Aliénés et les asiles d'aliénés* (Paris, Baillière, 1890).

Malgré leur importance et leur nombre, ces divers travaux ne représentent qu'une partie de l'œuvre de Jules Falret. Pour apprécier cette œuvre à sa valeur réelle, il faut rappeler les cours libres professés à l'hospice de Bicêtre (1867), à l'Ecole pratique (1876-1877) et à la Salpêtrière (1884-1885). Il faut rappeler aussi les nombreux discours qu'il prononça à la Société médico-psychologique. Il en faisait partie depuis 1854, et il en a été l'un des membres les plus actifs et les plus écoutés. Son talent de parole, très remarquable, était fait de facilité, d'abondance et de clarté. Il excellait à élever, à généraliser les questions, à trouver les formules précises qui mettent l'idée en relief et la gravent dans les esprits. Dans les discussions, où il était un redoutable contradicteur, il savait avoir raison avec discrétion, et il y apportait une telle urbanité qu'il n'a jamais blessé un adversaire.

Après la mort de son père (1870) et de F. Voisin (1872), un surcroît d'occupations vint s'ajouter aux recherches scientifiques de M. Jules Falret et à son service hospitalier : il dut assumer en entier la charge de la Maison de santé de Vanves, à la direction de laquelle il participait depuis plusieurs années déjà. Ses nouveaux devoirs, si absorbants, ne ralentirent pas son activité, et, jusqu'aux dernières années de sa vie, il continua à travailler et à produire. Ses confrères lui prouvèrent la haute estime en laquelle ils tenaient sa personne et ses travaux en l'élevant, à deux reprises à la présidence de la Société médico-psychologique, et en le choisissant encore comme président du Congrès international de médecine mentale (1889) et comme président de la Société de médecine légale de France (1893-1894).

Mais Jules Falret n'était pas seulement un savant aliéniste et un observateur pénétrant. Il était encore, et au plus haut degré, un philanthrope, un homme de bien. Son père avait fondé l'œuvre profondément humanitaire du *patronage pour les aliénés indigents ;* Jules Falret consacra à cette œuvre le meilleur de son temps, une sollicitude infatigable. Comme président du Comité administratif, il en fut pendant trente années la cheville ouvrière, et il a

contribué plus que personne à la prospérité de ce patronage qui, avec de faibles ressources, fait encore tant de bien. Son exquise bonté, sa générosité toujours active sont bien connues de tous ceux qui l'ont approché, comme de cette population de Vanves qui lui avait officiellement décerné le beau titre de *bienfaiteur des pauvres*.

De même qu'il imposait le respect par sa valeur scientifique, Jules Falret attirait la sympathie et l'affection par sa constante bienveillance, par son absolue droiture, par l'aménité de son abord. Il a honoré sa profession, il laisse une trace ineffaçable dans l'histoire de la médecine mentale au XIXe siècle, et tous ceux qui l'ont connu garderont de lui le souvenir d'un esprit très distingué et d'un homme qui fut très bon. F. L. ARNAUD.

---

# BIBLIOGRAPHIE.

---

IV. *Le début de la spermatogénèse dans l'espèce humaine. — Applications médico-légales;* par le Dr M. LEPRINCE. (*Th. de Paris*, 60 pages et planches. Steinheil, édit.)

A quel âge commence et jusqu'à quel âge se poursuit l'élaboration des spermatozoïdes dans le testicule?

La seconde partie de ce problème a tout particulièrement été étudiée, et cela peut-être en raison des applications médico-légales plus fréquentes dans lesquelles elle peut trouver son emploi.

Dans une série de 25 observations personnelles, l'auteur apporte une contribution intéressante à l'étude du début de la spermatogénèse. La puberté n'est pas fonction de l'âge du sujet mais d'un certain degré de développement physique. Elle se caractérise par une série de phénomènes connus dont un seul est capital : c'est la présence des spermatozoïdes. Les autres phénomènes sont accessoires et contingents.

Il est impossible de formuler sur l'apparition de la puberté une loi mathématique, mais de l'examen des faits cités il semble qu'un garçon bien portant voit la puberté apparaître de treize ans et demi à quatorze ans et demi.

Pour décider de la puberté d'un sujet, le médecin légiste n'aura qu'une ressource: faire un examen soigneux de taches de spermes, s'il peut s'en procurer. Trouve-t-il des spermatozoïdes? la question est jugée; mais dans le cas contraire, il sera de son devoir de rester dans les plus grandes réserves. E. BLIN.

V. *Essai à l'asile de Pau du traitement des aliénés par le repos au lit*, par M. CLAUSALLES. *Th. F. Toulouse.*

L'auteur conclut à l'application curative de la méthode à toutes les psychoses aiguës et aux crises symptomatiques des vésanies chroniques.

Il préconise l'abandon systématique des moyens mécaniques de contention. Il conclut de 27 observations à l'acquisition facile de l'habitude du lit, facilitée par la persuasion, les récompenses et menaces verbales. Parallèlement s'appliquent la suralimentation l'hydrothérapie et les hypnotiques.

D'une manière générale les avantages sont dus à une surveillance incessante qui facilite l'application des soins hygiéniques, prévient les tendances agressives et le suicide, empêche la destruction et l'auto-mutilation, règle l'alimentation, supprime ou diminue le gâtisme et permet de découvrir les plus légères complications morbides. Inconvénients : onanisme et contrainte manuelle des gardes en certains cas d'indocilité.

L'auteur examine aussi les effets de la méthode sur les diverses fonctions ainsi que sur l'aménagement intérieur des établissements et la composition du personnel. A. MARIE.

VI. *Anatomie clinique des centres nerveux ;* par le professeur GRASSET. (Vol. in-16 carré de 100 pages avec figures. J.-B. Baillière et fils. Collection des *Actualités médicales.*)

L'anatomie anatomique est utile au clinicien ; c'est le fondement. Mais l'anatomie physiologique lui est encore plus nécessaire. Le symptôme est une fonction pathologiquement déviée; donc, il faut se baser sur le groupement fonctionnel ou physiologique des organes pour faire œuvre utile en médecine pratique. L'anatomie clinique, avec sa méthode propre, tout en se rapprochant beaucoup de l'anatomie physiologique, la dépasse aussi et a son autonomie.

On ne pouvait trouver voix plus autorisée que celle de l'auteur pour présenter, sous forme claire et précise, le résumé de nos connaissances anatomo-cliniques actuelles sur les centres nerveux, pour déterminer ce prélude et cette base indispensable de la pathologie nerveuse.

Après avoir fait le tableau de l'anatomie clinique générale des centres nerveux telle qu'elle se présente à l'heure actuelle avec le neurone, les connexions des neurones entre eux, le groupement des neurones en systèmes, etc., l'auteur arrive à l'anatomie clinique spéciale des centres nerveux et décrit successivement l'appareil nerveux central : 1° De la motilité et de la sensibilité générale. Ce dernier comprend :

*a*) Les voies motrices cérébro-médullaires, voies principales

cortico-spinales et voies indirectes ou cortico-ponto-cérébello-spinales ; — *b*) Les voies sensitives médullo-cérébrales, voies principales médullo-corticales et voies sensitives indirectes ; — *c*) Les voies et neurones d'association ; — *d*) Les centres spéciaux qui se trouvent successivement dans les neurones inférieurs (ganglions et cornes antérieures de la substance grise), dans les premiers neurones de relais (substance grise bulbo-médullaire), dans les deuxièmes neurones de relais (cervelet, mésocéphale, ganglions de la base du cerveau) et dans les neurones supérieures (écorce cérébrale).

2° De la vision. Celui-ci comprend : *a*) Les voies sensorielles optiques ; — *b*) Les voies sensitives générales ; — *c*) Les voies motrices, englobant trois grands groupes de nerfs : les nerfs directeurs du regard (sensoriomoteurs et sensitivomoteurs), les nerfs protecteurs de l'œil et les nerfs de l'accommodation.

3° De l'ouïe. Comme à l'appareil visuel, il faut décrire à l'appareil auditif des voies sensorielles, des voies sensitives générales et des voies motrices. 4° Du goût et de l'odorat. 5° Du langage. Après un préambule physiologique, sont indiqués les centres supérieurs (mental et automatiques spéciaux). les voies efférentes et les voies afférentes. 6° De la circulation, de la respiration et de la digestion.

Des tableaux résument les voies sensitives et motrices des cinq grands appareils sensoriomoteurs, les voies efférentes et afférentes de l'appareil nerveux central du langage, etc. E. B.

VII. *Des maladies mentales, introduction à l'étude de la folie*, par I. Mac Pherson, Londres, Mac Millan.

Cet ouvrage est une suite de leçons professées au cours libre de l'Université d'Edimbourg. Une première partie traite de l'hérédité morbide de l'évolution générale de la folie et de ses causes. Une deuxième partie traite de la physiopathologie au point de vue évolutif et dégénératif et au point de vue de dissociation cérébrale accidentelles et acquises. La partie clinique de l'étude, de beaucoup la plus importante, échappe à une brève analyse, nous nous contenterons d'en donner une idée par la division du sujet.

1° Folies idiopathiques (manie mélancolique, folie intermittente et délires systématisés progressifs) ; — 2° confusions mentales et délires toxiques d'origine externe ou interne (la paralysie générale et le myxœdème sont compris dans les auto-intoxications microbiennes et autres) ; — 3° folie des dégénérés (types Magnan) ; 4° folie en rapport avec les névroses ; — 5° délires secondaires aux lésions organiques cérébrales (tumeurs, traumatisme, coup de chaleurs sénilité ; — 6° considérations médico-légales.

A. Marie.

VIII. *Guide pratique d'électrothérapie gynécologique*, par le Dr Albert-Weil, licencié ès-sciences, ancien interne de Saint-Lazare, préparateur adjoint à la faculté de médecine, médecin électricien, avec préface de M. le Pr Gariel, membre de l'académie de médecine. J.-B. Baillière, éditeur.

Ce guide se divise en deux parties. La première partie est à peu près exclusivement physique. L'auteur rappelle que les modalités électriques utilisées en thérapeutique sont le courant continu, les courants faradiques, les courants galvado-faradiques, les courants alternatifs sinusoïdaux, les courants ondulatoires, les courants de haute fréquence, les courants statiques et les courants statiques induits, qu'il fut le premier à employer en cynécologie. Il décrit minutieusement la nature de ces courants et surtout la manière de les obtenir en ne laissant dans l'ombre aucun point de technique ; si bien que, suivant l'expression du professeur Gariel, toute personne qui aura compris les éléments scientifiques exposés dans cette première partie et qui se les sera assimilés, sera en état de faire utilement de l'électrothérapie pratique.

Dans la deuxième partie, l'auteur passe en revue les diverses affections gynécologiques : pour les unes, il reconnaît qu'un traitement électrique est véritablement le traitement de choix, il discute quel doit être ce traitement et il l'expose dans tous ses détails ; pour d'autres affections, il croit que les modalités électriques peuvent être essayées après l'échec de médications plus simples ; pour d'autres, il croit que ce serait une erreur de les employer. Les procédés électriques ne constituent pas une panacée ; mais ils peuvent réussir en nombre de cas et constituent la meilleure arme de la gynécologie conservatrice.

Il convient d'ajouter que des schémas fort bien faits, font comprendre, pour chaque modalité électrique, la position des appareils, la position des malades et la manière de les relier les uns aux autres. En résumé, c'est un livre clair et complet appelé à rendre les plus grands services au gynécologue et à l'électricien.

---

# VARIA.

---

## Les alcooliques.

*Fureur alcoolique.* — Le cercle militaire de Rennes vient d'être le théâtre d'un drame de l'ivresse. Le service du café et des salons est fait par trois soldats dont deux appartiennent au 41e de ligne et le troisième au 7e d'artillerie. Hier soir, à propos d'une course à faire,

une discussion éclata entre le soldat Le Bechec, du 41e, et son camarade du 7e d'artillerie. L'autre soldat, du 41e, Boufol, donna raison à l'artilleur et adressa quelques paroles de blâme à Le Bechec en termes très vifs. Le Bechec, qui avait fait, paraît-il, de longues stations dans un cabaret situé dans les environs du cercle, était dans un état d'ivresse assez accentué. Il entra subitement dans une colère des plus violentes. L'artilleur, effrayé, s'enfuit; Boufol et Le Bechec restèrent seuls face à face. C'est alors que ce dernier se précipita sur son camarade, la baïonnette à la main, et l'en frappa. Heureusement, Boufol put parer en partie le coup qui était porté en pleine poitrine et ne fut atteint qu'au poignet. A ses cris, les officiers présents au cercle accoururent et arrachèrent le malheureux Boufol à la rage de son camarade. Le Bechec était pris d'une crise de fureur alcooliqee; ce n'est qu'à grand'peine que la police, appelée, est parvenue à le conduire à la prison militaire de la caserne Saint-Georges. Le Bechec était considéré comme un bon soldat. Ce sont toujours des soldats d'élite qui sont choisis pour le service du cercle. (*Le Temps*, du 25 juin 1992.)

— Le nommé Launay, 40 ans, demeurant à Lannion (Côtes-du-Nord), ivrogne et paresseux, dans un *accès d'alcoolisme*, a étranglé son bébé de treize mois et essayé de tuer sa fillette de cinq ans qui a pu lui échapper en se cachant dans un coin. (*Bonhomme Normand* du 20 au 26 juin 1902.)

*Fureur alcoolique.* — Un crime causé par la folie alcoolique a été commis à Cautaron, petit village près de Nice, sur la rive droite du Paillon. Un nommé Dalbera, libéré récemment du service militaire, s'adonnait à l'alcool et, devenu violent, battait souvent ses frères. Il se disputait surtout avec sa marâtre, car il était l'aîné de la famille et fils d'un premier lit. Hier, armé d'un gros couteau, il saisit la marâtre à l'improviste pendant qu'elle lavait du linge, penchée sur le ruisseau, et essaya de lui couper le cou. L'arrivée de plusieurs personnes permit d'arracher la malheureuse à l'étreinte de son meurtrier, mais sa blessure est grave. Dalbéra, ligotté, a été conduit à l'hospice des aliénés de Saint-Pons. (*Le Temps*, 10 février 1902.)

*Mère alcoolique et meurtrière.* — Une journalière de Pont-Audemer, nommée Albertine Any, âgée de trente-neuf ans, était allée samedi laver du linge à Saint-Paul-sur-Risle. Elle était accompagnée de sa fille, âgée de onze ans, et de son fils, un bébé de deux ans, nommé Edgard.

Ne la voyant pas revenir, la personne qui l'occupait envoya à la buanderie une jeune fille qui y découvrit le cadavre du petit Edgard dissimulé dans une auge. Quelques heures après, la gendarmerie, prévenue, trouvait la femme Any dans les bois et la

mettait en état d'arrestation après lui avoir fait avouer qu'elle avait tué elle-même son enfant. Ce crime doit être attribué à l'alcoolisme. (*Le Temps*, 18 mars 1902.).

A Henin-Liétard (Nord), Jean Legrand, quarante ans, *alcoolique*, rentrant ivre, a tiré deux coups de revolver sur sa femme dont l'état est désespéré. (*Bonhomme Normand*, du 3 au 9 janvier 1902.)

— Eugène Provost, trente-quatre ans, *ivrogne invétéré*, demeurant à Sainte-Terre (Gironde), se prenait de querelle avec sa vieille mère, âgée de soixante-quinze ans. Soudain, Provost, fou de colère et d'alcool, saisit un fusil et tua la pauvre femme. Il se suicida ensuite. (*Bonhomme Normand*, du 3 au 9 janvier 1902.).

A Saint-Etienne, on a arrêté une mère indigne, Julienne Martin, femme Fournier, demeurant au Marais, qui *martyrisait son enfant* âgé de dix ans. La mère est une *alcoolique invétérée* qui privait son enfant et la rouait de coups. Il a été établi que le petit Pierre était resté cinq jours sans manger ! (*Indicateur de Cognac*, 9 mars 1902.)

LE SANG HUMAIN CONTRE L'ÉPILEPSIE (VIII, 648).

Relativement à la phrase de FRANCK : « Sur le traitement de l'épilepsie par le sang d'un supplicié », que cite M. le Dr BRÉMONT dans le numéro de la *Chronique* du 15 octobre, je trouve, dans le tome second d'un ouvrage publié en 1691, à Lyon, chez Hilaire Baristel, avec privilège du roi, sous ce titre un peu long : *Le trésor de la pratique de la médecine où le Dictionnaire médical contenant l'histoire de toutes les maladies et leurs remèdes choisis dans les observations, conseils et ordonnances des plus habiles médecins, le tout recueilli par M. Thomas Burnet, Ecossais, médecin ordinaire du roi de la Grande-Bretagne, traduit du latin en françois par M N. P. D. M.* (?), la phrase suivante à la subsection VIII, pour l'épilepsie :

« Plusieurs recommandent comme un remède excellent le sang d'un homme sain et *décollé*, pris intérieurement, et en notre païs on regarde comme un secret contre l'épilepsie le sang même de celui qui en est attaqué. On lui tire un peu de sang du bras pendant le paroxysme qu'on lui donne à boire dans un œuf à la coque. Et cette expérience a délivré plusieurs épileptiques tant à la ville qu'aux champs, et les a préservées de l'épilepsie pour toujours », t. II, p. 749.

La phrase de Franck fait boire à un épileptique le sang d'un supplicié, versé par le bourreau. Ne vous semble-t-elle pas la paraphrase du texte de Burnet, le participe *décollé* impliquant l'intervention du bourreau, au moins comme sacrificateur versant réellement le sang, qu'il n'administrait probablement pas lui-même à l'épileptique ? (*La Chronique médicale* du 1er mai 1902.)

Dr DAUVIN (Saint-Nazaire).

## Les Aliénés en liberté

Désiré Boucherie, 43 ans, a assassiné son frère, 47 ans, cultivateur à Quesnal-sur-Deule (Nord). De crime avait pour mobile des questions d'intérêt. L'assassin est un *faible d'esprit* atteint de la *folie de la persécution*. (*L'Indicateur de Cognac*, 26 juin 1902.)

*Folie de vieillard.* — Un ancien pêcheur de Grandchamp, près d'Isigny, âgé de 74 ans, a été vu par plusieurs femmes se livrant à des actes honteux sur des chèvres et des brebis. Ce vieillard a, dit-on, l'esprit un peu affaibli, à la suite de malheurs intimes. (*Bonhomme Normand* du 20 au 26 juin 1902.)

*Pauvre vieillard.* — Le sieur Eugène Goubert, habitant rue Brûlée, à Honfleur, *ayant la tête un peu dérangée*, chercha à attenter à ses jours en se portant plusieurs coups de couteau à la gorge. Il fut arrêté dans sa tentative de suicide par une personne qui arriva chez lui. Goubert ne tardera pas à se remettre de ses blessures, qui sont superficielles. (*Bonhomme Normand*, du 13 au 16 juin 1902.)

— Les époux Coudlac, fermiers à Devèze (Hautes-Pyrénées), ont avec eux une sœur de la femme, Mme Sabathie, aujourd'hui âgée de quarante ans. Il y a une dizaine d'années, elle devint *folle*. Depuis ce temps, ils la tenaient enfermée et couchée dans un lit entourée d'une grosse chaîne à bœufs. Le maire et le curé connaissaient ce fait et ne disaient rien. (*Bonhomme Normand*, du 13 au 19 juin 1902.)

*Horrible accès de folie.* — Une veuve Labouglie, domiciliée à Courcelles-sur-Seine (Eure), a tenté de noyer dans la Seine son fils, âgé de dix ans, et, comme le pauvre petit s'était cramponné à une branche d'arbre, elle le frappa avec une baguette ramassée à terre et se pencha au bord du fleuve pour lui plonger la tête sous l'eau. L'enfant réussit heureusement à se sauver ; quant à la mère elle a pris la fuite et on ne sait ce qu'elle est devenue. Cette femme doit avoir agi dans un moment d'aliénation ; elle a un *dérangement cérébral* par suite de la vive émotion que lui a causée la mort de son mari, tué accidentellement il y a quatre ans. (*Le Matin*, 12 juin 1902.)

Le département de l'Eure possède un vaste asile. Mais, au lieu d'hospitaliser tous ses malades aliénés, il réserve une centaine de lits au moins aux malades de la Seine, dont il tire *bénéfice*, tandis que s'il hospitalisait *ses* malades, il faudrait *payer*. Le Conseil général, l'administration départementale et les communes sont donc coupables.

# FAITS DIVERS.

Asiles d'aliénés. — *Mouvement de juin.* — M. le Dr Bonne, médecin-adjoint à l'asile d'Auxerre, (Yonne) nommé à l'asile de Braqueville (Haute-Garonne), poste créé. — M. le Dr Honeix de la Brousse (concours de 1896), nommé médecin-adjoint du quartier des aliénés de l'hospice de Nantes (poste créé). — M. Pichon, conseiller de préfecture de la Seine est nommé directeur de l'asile des aliénés de Vaucluse (Seine-et-Oise), en remplacement de M. Baudart admis à faire valoir ses droits à la retraite. — M. Meillet (Léo), ancien député, nommé directeur de l'asile d'aliénés d'Aix (Bouches-du-Rhône), poste créé. — M. Ramiart, médecin-adjoint à Armentières, promu à la 1re classe du cadre. — M. le Dr Rousset, médecin en chef à l'asile de Riom, promu à la 2e classe du cadre.

Le tueur de femmes. — Les médecins aliénistes de Lyon chargés de l'examen mental, le tueur de femmes de Nice, se sont réunis hier pour discuter les bases de leur rapport. Leurs conclusions ne sont pas identiques. Les docteurs Boyer et Rebatel concluent à la responsabilité, car ils estiment que les crimes ne présentent rien de passionnel et n'ont eu, au contraire, pour mobile que le vol banal. Quant à M. Lacassagne, après avoir, au début, admis l'irresponsabilité, il conclut maintenant à la responsabilité limitée. (*Le Temps*, 30 mai 1902.)

L'interdiction de Mlle Blanche Monnier. — On écrit de Poitiers, au *Temps* (1er mars) : D'un jugement rendu par défaut par le tribunal civil de première instance de Poitiers, il résulte que Mlle Blanche Monnier, propriétaire, demeurant à Poitiers, rue de la visitation, 25, et actuellement résidant à l'Hôtel-Dieu de ladite ville a été déclarée en état d'interdiction.

Dans un asile d'aliénés. — Mme Wodicka était venue, accompagnée de son enfant, à l'asile de Sternberg, pour y voir son mari atteint de maladie mentale. Pendant qu'elle était au parloir, un pensionnaire de la maison, l'instituteur Risanck, s'élança sur la visiteuse et l'étrangla avant que l'on eût pu dégager la pauvre femme. (*Le Progrès de l'Eure*, 10 juin 1902.)

Le vampire de Muy. — Un dépêche de Draguignan du 11 juillet annonce qu'Ardisson, le vampire du Muy, évadé de l'asile de Pierrefeu, a été arrêté hier soir, au Muy, par la gendarmerie. La population voulait faire un mauvais parti à Ardisson.

# BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

ARCHIVES DE PSYCHOLOGIE DE LA SUISSE ROMANDE, publiées par Th. Flournoy et Ed. Claparède. Le 3e fascicule (tome I) renferme : *La psychologie du peuple anglais et l'éthiologie politique*, par E. Murisier : — *La loi de corrélation psychophysiologique*, par E. Abramowski ; — *L'obsession de la rougeur*, par Ed. Claparède ; — *Nouvelle classification des associations d'idées*. Genève, Ch. Eggimann et Cie, éditeurs. Paris : Félix Alcan.

REVUE PHILOSOPHIQUE (juin 1902). — Sommaire : CH. DUNAN. La perception des corps (2e et dernier article). — TH. RIBOT. L'imagination créatrice affective. — DEWULF. La notion de philosophie scolastique. — Analyses et comptes rendus. — Revue des périodiques étrangers. — Livres nouveaux. — Abonnement du 1er janvier : Un an, Paris, 30 francs; départements et étranger, 33 francs. — La livraison : 3 francs. — Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain, Paris (6e).

VIRES (J.). — *Maladies nerveuses. Diagnostic. — Traitement.* In-8° de 614 pages. Montpellier. Coulet et fils, édit. Paris, Masson et Cie.

HEIBERG (Kopenhagen,). — *Die systematik der Intoxications psychosen.* In-8° de 6 pages. Extrait du *Centralblatt für Nervenheilkunde und psychiatrie.* Leipzig. 1902.

MASSELON (R.). — *Psychologie des déments précoces.* In-8° de 266 pages. Boyer édit.

GUILLAIN (G.). — *La forme spasmodique de la syringomyélie, la névrite ascendante et le traumatisme dans l'éliologie de la syringomyélie.* In-8° de 186 pages. Stheinheil, édit.

MATTOS DE (J.). — *Os Alienados nos tribunaes.* In-8 de 288 pages. Lisbon. 1902. Tavares Cardoso et Irmao, édit.

KOLLARITZ JENÖ. — *Der myasthenische. Symptomen complex.* In-8 de 26 pages, avec 17 figures. Extrait *Deutsches Archiv, für Klinische Medicin.*

---

— *Nous rappelons à nos lecteurs que l'abonnement collectif des* **Archives de Neurologie** *et du* **Progrès Médical** *est réduit à* **28 francs** *pour la France et* **30 francs** *pour l'Étranger.*

*Le rédacteur-gérant :* BOURNEVILLE.

Evreux, Ch. HÉRISSEY, imp. — 7-1902.

Vol. XIV. Septembre 1902. N° 81.

# ARCHIVES DE NEUROLOGIE

## CLINIQUE MENTALE.

### La paralysie générale d'après les données de la clinique psychiatrique de l'Université de Moscou ;

PAR LES DOCTEURS
SERGE SOUKHANOFF,
Privat-docent de la faculté de médecine, médecin de la clinique psychiatrique de Moscou.
Et PIERRE GANNOUCHKINE.

Le nombre des malades qui ont visité la salle de consultation de la clinique psychiatrique de Moscou, depuis sa fondation, c'est-à-dire depuis le mois de novembre de 1887 jusqu'au 1er janvier de l'année 1901, a été de 3.916 personnes dont 2.493 hommes et 1.423 femmes.

De tous ces malades il y en avait 682 qui souffraient de paralysie générale, 590 hommes et 92 femmes. Si nous prenons les chiffres des dernières douze années et si nous les partageons en trois périodes chacune de quatre années, nous recevrons les données suivantes :

TABLEAU I

| INTERVALLE de temps | NOMBRE DE TOUS LES MALADES | | | NOMBRE DES PARALYTIQUES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | des deux sexes | hommes | femmes | des deux sexes | hommes | femmes |
| 1889-1892 . . | 996 | 620 | 376 | 169 | 147 | 22 |
| 1893-1896 . . | 1263 | 788 | 415 | 214 | 191 | 23 |
| 1897-1900 . . | 1467 | 923 | 544 | 268 | 224 | 44 |

Ces données ont été examinées par nous : 1° concernant le rapport du nombre de paralytiques généraux au nombre de tous les malades psychiques qui ont été à la consultation, et 2° concernant le rapport du nombre des paralytiques hommes au nombre des paralytiques femmes.

Si nous faisons les chiffres absolus, que nous venons de citer, relatifs, nous aurons les résultats suivants :

| | |
|---|---|
| Sur 100 malades psychiques (des deux sexes), il revient de paralytiques | 17,42 |
| Sur 100 malades psychiques hommes | 23,67 |
| — femmes | 6,47 |

C'est-à-dire que les paralytiques font presque un cinquième de tous les malades psychiques ; si nous prenons seulement les hommes, alors nous verrons qu'un quart de tous les malades psychiques hommes souffrent de paralysie générale, les femmes n'en font que 6,5 p. 100.

En répartissant tous nos malades par des périodes de quatre années, nous obtenons les chiffres suivants :

TABLEAU II

| INTERVALLE de temps | SUR 100 MALADES psychiques (des deux sexes) il revient de paralytiques | SUR 100 hommes | SUR 100 femmes |
|---|---|---|---|
| 1889-1892 | 16,97 | 23,71 | 5,85 |
| 1893-1896 | 17,79 | 24,24 | 5,54 |
| 1897-1900 | 18,27 | 24,27 | 8,09 |

Ces données indiquent très nettement, que le nombre des paralytiques généraux s'accroît dans les dernières années non seulement d'une manière absolue, mais aussi, ce qui est plus grave, encore relativement ; ce qui est à remarquer encore, c'est que le nombre des femmes paralytiques pendant les quatre dernières années a augmenté de beaucoup.

La plupart des auteurs s'occupant de la statistique de la paralysie générale, mettent sur la première place le rapport

du nombre des hommes paralytiques au nombre des femmes paralytiques ; nous nous permettons, pourtant, de supposer que le rapport de ce genre ne peut avoir de signification que lorsqu'il est comparé avec le rapport du nombre de tous les malades psychiques hommes au nombre de toutes les malades psychiques femmes. Chez nous, pour chaque paralytique femme il revient 6,41 paralytiques hommes, c'est-à-dire que le nombre des hommes aliénés est plus que six fois plus grand, que celui des paralytiques femmes, et que pour chaque femme aliénée il revient 1,75 d'hommes aliénés, c'est-à-dire que la quantité des hommes aliénés est presque deux fois plus grande que celle des femmes aliénées.

De cette comparaison il s'ensuit que si la quantité de tous les malades psychiques des deux sexes était égale, le nombre des paralytiques hommes serait plus que trois fois plus grand que celui des paralytiques femmes.

En partageant ces mêmes données par périodes de quatre années nous aurons les résultats suivants :

TABLEAU III

| L'INTERVALLE DU TEMPS | LE RAPPORT du nombre des paralytiques hommes au nombre des paralytiques femmes | LE RAPPORT du nombre des malades psychiques hommes au nombre des malades psychiques femmes |
|---|---|---|
| 1889-1892. . . . . | 6,68 : 1 | 1,65 : 1 |
| 1893-1896. . . . . | 8,30 : 1 | 1,90 : 1 |
| 1897-1900. . . . . | 5,09 : 1 | 1,70 : 1 |

Ces données nous permettent de faire deux conclusions, à savoir : premièrement, le rapport du nombre de tous les malades psychiques du sexe masculin au nombre de toutes les malades psychiques du sexe féminin oscille comparativement peu (en limites très médiocres), ce qui confirme encore plus la régularité de la conclusion, faite par nous, concernant la quantité des malades des deux sexes. Secondement, ces données indiquent sur une augmentation très marquée

du nombre des femmes paralytiques les dernières quatre années.

Concernant la division des malades, atteints de paralysie générale en groupes d'après l'âge, nous nous sommes dirigés par les considérations suivantes : vu le nombre médiocre des malades en question avant l'âge de vingt ans, nous les avons inclus dans un groupe à part, de même que les malades de ce genre, chez lesquels la paralysie générale a manifesté après soixante ans, ont été aussi placés dans un groupe particulier. Tous les autres malades ont été répartis encore en huit groupes, ayant chacun une période de cinq années.

De 673 paralytiques (hommes et femmes ensemble) :

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| A l'âge de | 20 ans, | il y avait | 0,60 | p. 100 |
| — | 21 à 25 | — | 1,34 | — |
| — | 26 à 30 | — | 11,29 | — |
| — | 31 à 35 | — | 26,15 | — |
| — | 36 à 40 | — | 30,31 | — |
| — | 41 à 45 | — | 15,01 | — |
| — | 46 à 50 | — | 9,06 | — |
| — | 51 à 55 | — | 3,86 | — |
| — | 56 à 60 | — | 1,93 | — |
| A l'âge de plus de | 60 | — | 0,45 | — |

Si nous prenons les hommes et les femmes à part et si nous les répartissons de la même manière, nous verrons, qu'ayant le nombre de paralytiques hommes 581 et le nombre de paralytiques femmes 92.

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Avant | 20 ans, | il y avait, h. : | 0,17 | p. 100 ; f. : | 3,26 | p. 100 |
| de | 21 à 25 | — | 0,69 | — | 5,44 | — |
| — | 26 à 30 | — | 11,53 | — | 9,78 | — |
| — | 31 à 35 | — | 26,16 | — | 26,09 | — |
| — | 36 à 40 | — | 31,33 | — | 23,91 | — |
| — | 41 à 45 | — | 15,32 | — | 13,04 | — |
| — | 46 à 50 | — | 8,95 | — | 9,78 | — |
| — | 51 à 55 | — | 3,44 | — | 6,52 | — |
| — | 56 à 60 | — | 1,89 | — | 2,18 | — |
| A plus de | 60 | — | 0,52 | — | 0,00 | — |

Des données que nous venons de citer, on voit que la plus grande quantité de paralytiques hommes et de paralytiques femmes se rencontre dans l'âge de trente-un à trente-cinq ans et de trente-six à quarante ans ; chez les hommes le plus

grand nombre de malades revient au second de ces groupes et chez les femmes au premier.

De plus, on voit encore que le nombre de femmes paralytiques dans l'âge le plus jeune et le plus vieux est plus grand que celui des hommes à l'âge correspondant.

Vu la rareté comparative des cas de paralysie générale dans l'âge très jeune, nous allons citer *in extenso* trois cas de paralysie générale juvénile.

Observation I. — Malade B..., jeune fille de seize ans, paysanne, s'adressa à la salle de consultation de la clinique psychiatrique de Moscou le 10 mars 1899. Son père s'adonnait aux boissons fortes et avait supporté le *delirium tremens*. Son grand-père maternel buvait aussi et a eu dans la vieillesse une maladie mentale.

La syphilis héréditaire est probable. La malade vint au monde à terme, commença à marcher tôt. Lorsqu'elle était dans sa troisième année, elle eut un accès avec perte de conscience, convulsions et écume aux lèvres; ensuite, elle n'eut plus d'accès semblable, elle supporta la rougeole. C'était une fillette vive qui ne présentait rien d'extraordinaire; elle apprenait bien. Deux ans de cela elle a fini son cours à l'école diocésaine. En automne de l'année 1897, elle entra au service d'un magasin, où elle resta jusqu'au printemps de l'année 1898. Au mois de mai de 1898 la malade commença à manifester des bizarreries et devint entêtée, irascible, se querellait avec sa mère, souvent était de mauvaise humeur, pleurait beaucoup, était triste, voulait se jeter dans la rivière, dormait peu. L'été la malade ne faisait presque rien, rarement prenait son ouvrage, embrouillait son tricot et sa broderie; sa mauvaise humeur continuait. En automne l'état psychique de la malade resta le même. En hiver il empira; la malade commença souvent à pleurer en prenant sa tête dans les mains; tantôt elle devenait gaie, riait à chaque propos, tantôt se mettait à pleurer; elle grondait sa mère et la battait. La malade manifestait souvent le désir de s'évader de la maison. La mère remarquait que les facultés intellectuelles de sa fille s'affaiblissaient visiblement.

*Etat présent.* — La face a l'aspect d'un masque. La malade marche assez mal; ses mouvements sont atactiques; tremblement de la langue, des mains et des muscles faciaux, lorsqu'elle parle. Les réflexes rotuliens sont très affaiblis; les pupilles sont étroites; la pupille droite est plus large que la gauche, réagit mal à la lumière. L'écriture est troublée. Le discours paralytique. La malade parle peu et fait l'impression d'être démente.

Observation II. — Malade P..., fille de vingt ans, paysanne, s'adressa dans la salle de consultation de la clinique psychiatrique

le 24 janvier de 1900. Son père boit très fort, l'oncle paternel aussi.

La malade ne boit pas. Le père avait des plaies (syphilitiques?) aux jambes. La malade avait la réputation d'une fille d'esprit jusqu'au début de sa maladie. En été de 1899 la malade faisait encore bien tous les ouvrages de la maison et les ouvrages champêtres; ses parents ne remarquaient rien d'extraordinaire dans son maintien. Deux mois et demi de cela la malade devint oublieuse, distraite; il lui était difficile de marcher, elle commença à parler mal, se plaignait d'un mal de tête et d'un tremblement des mains. La malade parlait peu et si on ne lui donnait pas à manger, elle ne le demandait pas elle-même ; elle ne pouvait plus s'occuper d'affaires. Si elle se mettait à faire quelque chose, ses mains tremblaient, et elle ne pouvait combiner ce qu'elle doit faire. Elle-même elle ne demande aucun ouvrage.

*Etat présent.* — Sa face a un aspect d'un masque, elle marche mal, en chancelant ; ses mouvements sont maladroits, la langue et les mains tremblent. La force musculaire des mains est affaiblie. Les réflexes patellaires exagérés, les pupilles réagissent à la lumière. La parole est paralytique.

La malade combine mal, ne sait pas, quand elle est arrivée de la campagne, remarque elle-même qu'elle a une mauvaise mémoire, peut définir le jour, mais ne connait pas le quantième.

La malade peut seulement répondre aux questions, mais ne peut pas elle-même entretenir une conversation bien suivie. Point d'hallucinations. Démence profonde.

Observation III. — Le malade N..., de dix-neuf ans, paysan, commis dans une boutique de viande, s'adressa dans la salle de consultation de la clinique psychiatrique de Moscou, le 10 mars 1892. Son père buvait peu, sa mère était aliénée. Lui-même buvait aussi peu. Jusqu'à la dernière semaine on le regardait comme bien portant. Une semaine de cela après un vol d'argent de la boutique par quelqu'un, il s'imagina qu'on le soupçonnait de ce vol et depuis lors devint agité, s'enfuyait de la chambre, ne dormait pas la nuit.

*Etat présent.* — Des tiraillements fibrillaires dans les muscles faciaux et dans la langue. Tremblement des membres supérieurs.

Ataxie des membres inférieurs. Les réflexes rotuliens sont abolis. La pupille gauche est plus grande que la droite.

Les pupilles ne réagissent pas à la lumière. La parole est paralytique. Démence profonde.

Les 572 hommes paralytiques et les 91 femmes paralytiques d'après les histoires de maladie, où a été inscrite leur position de famille, peuvent être répartis ainsi :

| HOMMES | | FEMMES | |
|---|---|---|---|
| Mariés . . . . | 79,19 p. 100 | Mariées. . . . | 64,83 p. 100 |
| Veufs. . . . . | 1,75 — | Veuves . . . . | 21,98 — |
| Célibataires . . | 19,01 — | Demoiselles. . | 13,19 — |

N'ayant pas de données justes pour la Russie sur la distribution du genre de l'état de famille en général, nous nous contenterons, concernant les paralytiques, de citer seulement les chiffres, sans nous décider de faire des conclusions quelconques.

D'après les occupations, 538 hommes et 65 femmes se divisent ainsi :

TABLEAU IV

| HOMMES | | FEMMES | |
|---|---|---|---|
| Domestiques. . | 3,90 p. 100 | Domestiques. . | 16.92 p. 100 |
| Commerce. . . | 26,39 — | Commerce . . . | 4,61 — |
| Occupations de comptoir. . . | 13,38 — | Occupations de ménage . . . | 49,23 — |
| Occupations intelligentes . . | 23,42 — | Occupations intelligentes . . | 4,62 — |
| Artisans, ouvriers de fabrique. . . . | 29,00 — | Couturières, ouvrières de fabrique. . . . | 23,08 — |
| Agriculture. . . | 1,12 — | Agriculture . . | 1,54 — |
| Serviteurs d'église. . . . . | 2,79 — | | |

Ici non plus nous ne nous comptons pas en droit de faire des conclusions quelconques pour la même raison.

La seule conclusion qui nous paraît indubitable, conclu-

sion qui répond aux opinions des autres auteurs, c'est que l'occupation par les travaux champêtres, à condition de la vie à la campagne, ne prédispose pas à la paralysie générale.

En examinant la signification de l'hérédité dans la paralysie générale d'après nos données, nous eûmes les résultats suivants :

TABLEAU V

| | HOMMES | FEMMES |
|---|---|---|
| I. L'hérédité est réfutée . . . . . | 24,12 p. 100 | 18,96$_5$ p. 100 |
| II. Alcoolisme et malalies nerveuses et mentales du père et de la mère . . . . . | 58,79 — | 62,07 — |
| III. Alcoolisme et maladies nerveuses et mentales des proches parents[1]. . . . . | 17,09 — | 18,96$_5$ — |

[1] Frères, sœurs, oncles, tantes, grands-pères et grand'mères.

Les groupes II et III ensemble donnent 75,88 chez les hommes et 81,03 chez les femmes; l'alcoolisme du père et de la mère donne 41,96 chez les hommes et 50,00 chez les femmes.

De ces données (nous donnons surtout la signification aux données concernant les hommes, car le nombre des femmes est trop petit) il résulte que dans l'anamnèse des paralytiques pour plus de 75 p. 100 existe une hérédité psychopathique et neuropathique et que, particulièrement, presque dans la moitié de tous les cas il y avait une indication sur l'alcoolisme du père et de la mère, 75 p. 100, c'est aussi approximativement le chiffre qui est cité aussi par la plupart des psychiatres, comme indiquant sur la fréquence de la prédisposition héréditaire dans toutes les maladies psychiques sans les différencier; c'est pour cela que nous trouvons possible, en nous basant sur les données obtenues par nous, d'affirmer que le rôle de l'hérédité dans le développe-

ment de la paralysie générale, comme moment étiologique, doit être envisagé, comme tout aussi grave, que dans d'autres maladies mentales.

Passons à présent à l'examen de la fréquence de la syphilis dans l'anamnèse de la paralysie générale. 520 hommes et 67 femmes ont été répartis de la manière suivante :

| | HOMMES | FEMMES |
|---|---|---|
| Syphilis indubitable. . . . . | 61,54 p. 100 | 20,90 p. 100 |
| — vraisemblable . . . . . | 9,23 — | 25,37 — |
| — possible . . . . . | 9,61$_5$ — | 14,92 — |
| — réfutée . . . . . | 19,61$_5$ — | 38,81 — |

Si pour représenter la fréquence de la syphilis dans la paralysie générale d'une manière plus visible, nous l'aurions exprimée par deux rubriques, dont dans l'une on pourrait présupposer l'existence de la syphilis avec plus ou moins de vraisemblance, proche de l'authenticité, dans la seconde, il n'y aurait aucune indication sur la syphilis passée ; alors nous aurions dû rapporter dans la première rubrique tous les cas où la syphilis était indubitable ou vraisemblable, et les cas où la syphilis était possible de partager entre ces deux rubriques en parties égales.

Les chiffres en ce cas seraient pour les paralytiques hommes suivants : pour la première rubrique 75,50 p. 100, pour la seconde 24,42 p. 100. L'existence de la syphilis dans plus de 75 p. 100, sans doute, ne pouvait pas être occasionnelle.

Le temps passé de l'intoxication par la syphilis jusqu'à l'apparition de la paralysie générale était chez 265 hommes qui ont :

| | |
|---|---|
| Moins de 5 ans. . . . . | 5,66 p. 100 |
| De 6 à 10 — . . . . . | 36,98 — |
| De 11 à 15 — . . . . . | 36,61 — |
| De 16 à 20 — . . . . . | 15,85 — |
| Après 20 — . . . . . | 4,90 — |

La période la plus longue (dans un cas) était de trente-trois ans et la plus courte de trois ans (trois cas).

Ainsi donc, dans 90 p. 100 de paralysie générale chez les hommes, les périodes entre l'infection par la syphilis et l'apparition de la maladie mentale en question passent de six à vingt ans.

Concernant l'alcoolisme dans l'anamnèse des paralytiques en nous basant sur nos données, nous avons pu obtenir ce qui suit :

| | HOMMES, 430 | FEMMES, 52 |
|---|---|---|
| Abus de boissons fortes . . . . . | 63,25 p. 100 | 19,23 p. 100 |
| Consommation ordinaire . . . . | 14,19 — | 19,23 — |
| Ni l'un, ni l'autre. . . . . | 22,56 — | 61,54 — |

Ainsi, l'alcoolisme joue aussi un rôle dans l'évolution de la paralysie générale, chez les hommes; car on le rencontre dans l'un et l'autre degré presque dans 80 p. 100.

Ce qui concerne la manifestation externe de la paralysie générale pour tout le temps enregistré, il y avait chez 497 paralytiques :

| | | |
|---|---|---|
| On observa la forme | circulaire. . . . . | 4,23 p. 100 |
| — | hypocondriaque. . | 3,62 — |
| — | mélancolique . . . | 6,04 — |
| — | paranoïde . . . . | 2,01 — |
| — | maniaque . . . . | 34,20 — |
| — | démente . . . . . | 49,90 — |

Ces chiffres indiquent que le plus souvent (dans la moitié des cas) on observe chez les paralytiques hommes la forme démente de paralysie générale; ensuite, c'est le tour de la forme maniaque. On rencontre les autres formes bien plus rarement; encore un peu plus souvent c'est la forme mélancolique que l'on observe.

Chez les paralytiques femmes, on obtient des données concernant ce sujet un peu autres ; de 75 cas :

| | | | |
|---|---|---|---|
| La forme | circulaire a été observée. . . . . | 1 | fois |
| — | hypocondriaque — . . . . . | 1 | — |
| — | mélancolique — . . . . . | 9 | — |
| — | paranoïde — . . . . . | 1 | — |
| — | maniaque — . . . . . | 18 | — |
| — | démente — . . . . . | 45 | — |

Par conséquent, chez les femmes, c'est la forme démente de la paralysie générale qui est la plus fréquente, puisqu'on la rencontre presque dans les deux tiers des cas ; un quart de tous les cas appartient à la forme maniaque ; la forme mélancolique chez les femmes se rencontre un peu plus souvent que chez les hommes.

Comme les cas de paralysie générale, où l'on puisse observer la forme circulaire avec des intervalles courts (un jour) sont comparativement rares, nous voulons nous permettre de citer ici un cas analogue que voici :

Malade R..., propriétaire, d'une bonne éducation, de cinquante-sept ans, s'adressa à la salle de consultation de la clinique psychiatrique de Moscou le 5 mars 1896 ; il était fils d'un père alcoolique, et lui-même dans la jeunesse et dans l'âge mûr buvait aussi ; bien d'années déjà qu'il avait gagné la syphilis. L'état du trouble actuel se développa graduellement et dure depuis dix-huit mois à peu près ; d'abord le malade devint irascible et oublieux, ensuite il cessa progressivement de s'intéresser de ses affaires ; ses facultés intellectuelles commencèrent à faiblir ; ainsi, par exemple, pendant un été le malade s'occupait à attraper des mouches en comptant celles qu'il tirait, et en automne de la même année il faisait toutes sortes de calculs et des écritures incompréhensibles. Les deux derniers mois l'état du malade du côté externe présente beaucoup d'oscillation ; tantôt un jour le malade parle haut, chante, lit, marche beaucoup, ramasse les balayures, et le lendemain il est triste, apathique, lent, parle peu. L'état d'excitation apparaît chez le malade, parfois à une heure définie (près de trois heures du matin) et dure jusqu'à 10 heures du soir de la même journée. A la clinique psychiatrique le malade s'est adressé deux jours de suite et, en effet, son état n'était pas égal les deux jours ; une fois il était lent, apathique, parlait peu, la seconde, excité, parlait beaucoup, lisait tout, s'agitait, faisait peu d'attention aux questions qu'on lui adressait. La combinaison et la mémoire du malade sont affaiblies. Concernant les troubles physiques on pou-

vait constater alors, entre autres, l'abolition des réflexes rotuliens, le tremblement de la langue et des mains, l'affaiblissement de la force musculaire, des pupilles étroites avec réaction faible et un léger trouble de la parole.

Voulant définir, en nous basant sur nos données, les modifications qui se sont manifestées dans l'évolution externe de la paralysie générale nous avons déterminé pour chaque dernière période de quatre ans la quantité des malades atteints de paralysie générale, en forme démente et de paralysie générale en forme maniaque.

Le rapport du nombre de formes démentes au nombre des formes maniaques, chez les hommes était :

| | |
|---|---|
| En 1889-1892 . . . . . | 0,67 : 1 |
| En 1893-1896 . . . . . | 1,66 : 1 |
| En 1897-1900 . . . . . | 2,03 : 1 |

De ces chiffres on voit très nettement que le nombre des formes démentes chez les hommes paralytiques, qui dans la première période des quatre années a été moins grand que celui des formes maniaques, s'accroît assez rapidement, de telle sorte que les dernières quatre années le nombre des formes démentes dépasse pour deux fois le nombre des formes maniaques.

Les paralytiques femmes (vu leur petit nombre), divisées en deux périodes de cinq années chacune, donnèrent les chiffres absolus suivants :

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| En 1891-1895, | formes démentes, | 12 ; | maniaques, | 6 |
| En 1896-1900 ; | — | 30, | — | 8 |

Ici, nous voyons que dans la première de ces périodes de cinq ans il y avait chez les femmes deux fois plus de formes démentes que de formes maniaques et que dans la période suivante le nombre des formes démentes a été pour trois fois et demi plus grand que celui des formes maniaques.

Passant à la revue de certains symptômes physiques isolés, qui accompagnent la paralysie générale, nous voulons avant tout nous arrêter sur cela, dans quelle forme et avec quelle fréquence les troubles des réflexes rotuliens ont été observés chez les paralytiques. Nous avons fait les supputations de ce genre pour les hommes et les femmes séparé-

ment et nous avons constaté que chez les paralytiques hommes (528 cas)

| | | |
|---|---|---|
| Les réflexes rotuliens sont exagérés dans. . . | 50,57 | p. 100 |
| — affaiblis dans . . . | 9,09 | — |
| — abolis dans . . . . | 19,89 | — |
| — normaux dans. . . | 12,31 | — |
| — inégaux sur l'un et l'autre pied . . . . . | 8,14 | — |

Par conséquent, le plus souvent a été observé chez les paralytiques (dans la moitié des cas) l'exagération des réflexes patellaires, et un cinquième de tous les cas revient aux cas où les réflexes manquaient.

Chez les paralytiques femmes (83 cas) on reçoit les données suivantes :

| | | |
|---|---|---|
| Les réflexes rotuliens sont exagérés dans. . . | 59,04 | p. 100 |
| — affaiblis dans . . . | 6,02 | — |
| — abolis dans . . . . | 15,67 | — |
| — normaux dans. . . | 8,43 | — |
| — inégaux dans . . . | 10,84 | — |

Donc, chez les paralytiques femmes comparativement aux paralytiques hommes, le plus grand nombre de cas est avec l'exagération des réflexes rotuliens, et une sixième partie de toutes ces paralytiques femmes avaient les réflexes abolis.

En examinant l'état des pupilles, nous avions en vue : 1° leur égalité et leur inégalité et 2° leur capacité de réagir à la lumière. Concernant le premier point, nous avions à notre disposition 531 cas de paralysie générale chez les hommes et 86 cas de paralysie générale chez les femmes.

Les résultats de nos données furent les suivants :

| | HOMMES | FEMMES |
|---|---|---|
| Les pupilles inégales . . . . . | 73,07 p. 100 | 66,28 p. 100 |
| — égales. . . . . | 26,93 — | 33,72 — |

Ces données indiquent qu'approximativement une troisième partie des malades atteints de paralysie générale, qui

s'étaient adressés dans la salle de consultation, avaient les pupilles égales et que deux tiers de ces malades présentaient une inégalité des pupilles.

Concernant la mobilité des pupilles, on nota :

| | HOMMES (234 cas | FEMMES |
|---|---|---|
| Les pupilles réagissaient mal ou point du tout. . . . . | 82,05 p. 100 | 77,50 p. 100 |
| Les pupilles réagissaient . . . . | 17,95 — | 22,50 — |

Donc, dans la plupart des cas de paralysie générale, approximativement dans quatre cinquièmes de tous nos cas, a été observée l'immobilité ou une réaction faible des pupilles.

Concernant les accès notés chez les malades souffrant de paralysie générale, nous avons obtenu que chez 336 paralytiques hommes :

| | |
|---|---|
| Les accès apoplectiformes étaient dans. . . . | 41.37 p. 100 |
| — épileptiformes — . . . | 9,82 — |
| Les vertiges . . . . . | 15,48 — |
| Les accès hystériformes. . . . . | 0,89 — |
| — épileptiformes et apoplectiformes . | 2,38 — |
| Les accès ont été réfutés dans . . . . . | 30,06 — |

Chez 54 paralytiques femmes on a noté :

| | |
|---|---|
| Les accès apoplectiformes dans . . . . . | 57,41 p. 100 |
| — épileptiformes . . . . . | $5,55_5$ — |
| Les vertiges . . . . . | $5,55_5$ — |
| Les accès hystériformes . . . . . | 3,70 — |
| Les accès sont refutés dans . . . . . | 27,78 — |

Par conséquent, nous voyons que le plus souvent chez les hommes ainsi que chez les femmes, atteints de paralysie générale, ont été observés les accès apoplectiformes et bien plus rarement les accès épileptiformes. Ensuite, dans un tiers de tous les cas, les accès avec l'un ou l'autre caractère sont réfutés totalement.

Tels sont les résultats concernant la paralysie générale, auxquels nous sommes venus, nous basant sur les données de la clinique psychiatrique de Moscou.

# CLINIQUE NERVEUSE.

## Dépression kératique et états encéphalopathiques graves;

Par le Dr B. PAILHAS, d'Albi.

I. Il est une altération du globe oculaire sur laquelle je désire appeler l'attention, parce qu'elle m'a paru nettement établie, très spéciale quant à sa nature, ses origines, ses indications symptomatiques et pronostiques, en un mot, intéressante et aussi moins rare que ne le laisserait supposer le silence des auteurs à son endroit. Il s'agit d'une dépression de la cornée survenant à l'occasion de perturbations graves de l'encéphale nées de causes diverses, traumatiques ou autres.

C'est en juin 1896 que je fus conduit à m'arrêter au phénomène en question, et cela dans les circonstances suivantes :

Observation I. L'ouvrier charpentier Louis G..., tombait vers cinq heures et demie du soir, du haut d'une toiture, et dans cette chute de 7 ou 8 mètres, se fracassait la tête sur le rebord d'un vase à fleurs placé sur le sol. Appelé immédiatement auprès de la victime, et sur les lieux mêmes de l'accident, je constatai tout d'abord une hémorragie légère du conduit auditif et une plaie des téguments de la région pariéto-occipitale gauche avec enfoncement des parois crâniennes correspondantes. Le sang provenant des blessures ne dépassait pas 50 grammes. La perte du sentiment et des mouvements était totale; seules, quelques contractions fibrillaires agitaient, de temps à autre, les muscles du côté droit de la face. Les yeux étaient immobiles et légèrement entr'ouverts. En poursuivant l'examen des pupilles, également surdilatées à droite et à gauche, je ne tardai pas à remarquer une déformation insolite des deux cornées. Cette déformation, qu'on ne pouvait rattacher à aucune action traumatique directe et que n'accompagnaient point d'autres lésions oculaires ou périoculaires, consistait en une dépression transversale, mesurant 5 millimètres de long sur 2 millimètres de large, fusiforme, légèrement plissée dans le sens

de la longueur et située à l'union des deux tiers supérieurs et du tiers inférieur du disque cornéen (*fig.* 9, 10, 11, 12).

Au cours de cette constatation poursuivie durant trois quarts d'heure, c'est-à-dire jusqu'au moment du transport du blessé en son domicile, le pouls avait conservé une fréquence variant entre 70 et 80°, tout en étant faible et inégal. La respiration se montrait

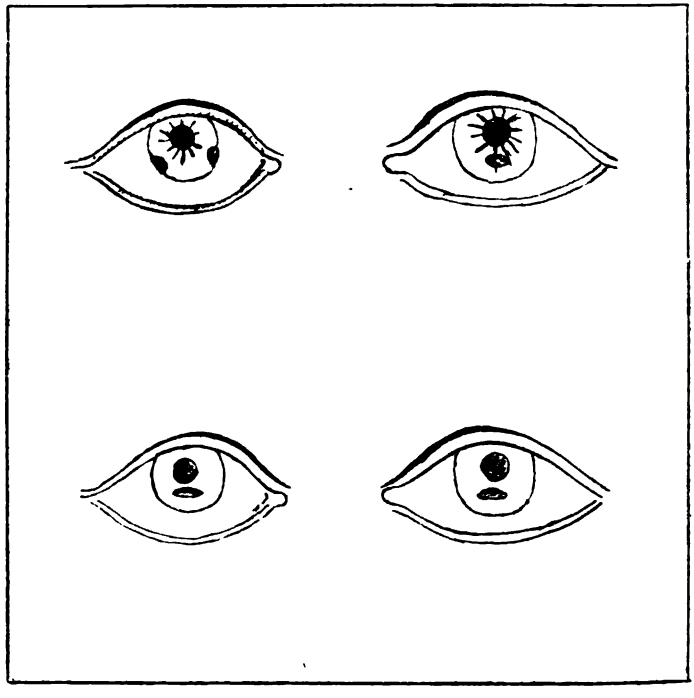


*Fig.* 9 *à* 12.

rare, irrégulière, suspirieuse. Le décès survenait environ deux heures après l'accident.

Observation II. Joseph V..., âgé de deux ans et demi, enfant délicat, issu de père alcoolique, de mère névropathe.

Le 9 février 1900, au cours d'une épidémie d'influenza, fut pris d'une toux quinteuse, accompagnée de vomissements. Le lendemain et les jours suivants, les vomissements redoublaient et parfois survenaient sans toux. Par instants il appelait sa mère en criant : « maman ».

Le 16 février, apparition de convulsions épileptiformes intéressant le côté droit et plusieurs fois renouvelées. Le 17 février, roideur de la nuque, inertie des membres, pâleur du visage, légère rotation de la tête à gauche. Le soir du 18, nouvelles secousses épileptiformes généralisées à tout le corps, mais prédominance à gauche. Myosis à l'œil gauche, mydriase à droite. Dépression

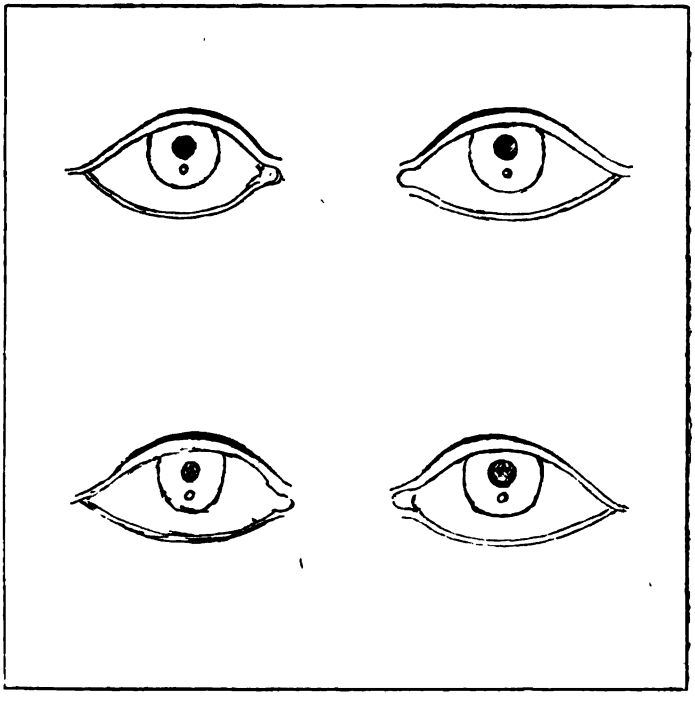


*Fig.* 13 *à* 16.

punctiforme de l'union des deux tiers supérieurs et du tiers inférieur des deux cornées, sur le méridien central ; persistance de cette altération jusqu'à la mort qui survint dans la soirée du 19, au milieu d'accidents congestifs pulmonaires (*fig.* 13 et 17).

Observation III. Blanche C..., âgée de dix-huit ans, admise le 10 mars 1900 à l'asile d'Albi. Prédisposée à la vésanie par une hérédité manifeste ; a toujours été capricieuse, excentrique, bizarre. Le début de la psychose, qui remontait à quelques mois avant l'internement, s'était caractérisé par un état de surexcita-

tion générale avec loquacité, déclamations, rires, irritabilité et colères, bris d'objets, paroles grossières, tutoiement adressé à tout venant, hallucinations et fugues nocturnes (voyait le diable, etc.).

Le certificat de quinzaine porte : « Psychose maniaque où prédominent l'instabilité mentale, la mobilité des émotions, des pensées et des actes, une difficulté très notable d'appliquer son attention à des opérations intellectuelles simples, à des travaux manuels ordinaires, à élaborer des conceptions et des réponses coordonnées et raisonnables. On la voit tantôt gaie, riante, expansive, marchant à pas précipités dans une direction toujours la même, jouant à la poupée, appelant sa mère, parlant seule, et tantôt triste, concentrée, apparemment pensive, affaissée sur elle-même ou étendue par terre. Désordonnée dans sa mise, indifférente à toute préoccupation de bienséance, elle crache sur les tables, brise les assiettes, soufflette ses compagnes, tourne brusquement le dos à ses interlocuteurs, les tutoie ou leur répond par des éclats de rire inconvenants. Accuse des hallucinations auditives sous la forme de voix agréables ou déplaisantes. Amnésie. »

Cette excitation maniaque a persisté jusqu'en août 1900 pour faire place à une phase de dépression au cours de laquelle se succédèrent les attitudes stupides, les réactions impulsives soudaines, l'agitation nocturne, certaines manifestations délirantes momentanément interrompues par l'éveil d'une relative conscience : tantôt se croit morte et se laisse aller à terre de toute sa hauteur ainsi qu'une masse, tantôt refuse la nourriture, rejette toute sa salive, déclare vouloir se suicider, sournoisement cherche à mordre, etc.

Toutefois, du 25 décembre 1900 au 13 janvier 1901, il s'est produit une amélioration subite durant laquelle la malade s'exprime correctement, se reconnaît trop peu guérie pour retourner auprès des siens, explique son mutisme ordinaire en disant qu'elle n'osait point parler, essaie quelques travaux d'aiguille. Mais le 13 janvier elle rechute brusquement, et, après quelques jours d'excitation, devient plus que jamais inerte, gâteuse, baveuse, stupide.

Tel est son état, quand, le 23 juillet 1901, je constate aux deux yeux, sur la ligne médiane et verticale et à l'union des deux tiers supérieur et inférieur des deux cornées, une légère dépression, d'aspect punctiforme, sans traces d'autres lésions (*fig.* 15 et 16).

Le 25 juillet, la dépression a disparu sur l'œil gauche (fig. 9 et 10).

Le 29 juillet, il n'existe de dépression ni sur l'œil gauche ni sur l'œil droit, mais ce dernier présente sur le tiers inférieur de la cornée un léger piqueté, dépourvu de toute inflammation appréciable (*fig.* 18 et 19).

Le 22 août, je retrouve, après une absence de trois semaines, la cornée droite présentant encore des altérations semblables à celles

constatées le 29 juillet. Le 28 août, les deux cornées ont repris leur aspect du 23 juillet, avec la dépression punctiforme et symétrique. Le 4 septembre, toute altération de la cornée avait disparu.

D'autre part, la malade se montrait, à partir de cette époque, moins profondément et moins uniformément stupide, en même

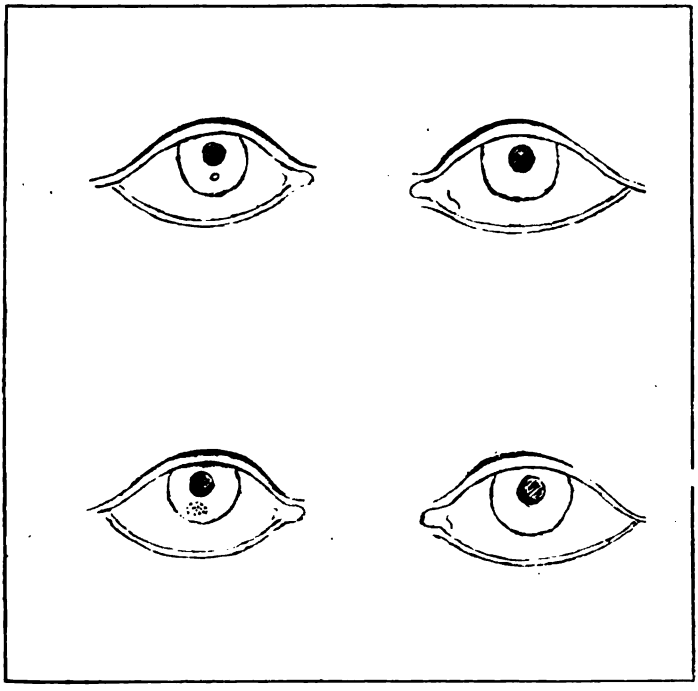


*Fig.* 17 *à* 20.

temps qu'on observait une recrudescence marquée de l'agitation nocturne, plus d'impulsivité, plus de variété et d'extériorisation dans les manifestations de la vésanie. Néanmoins, aujourd'hui encore, la dépression domine, caractérisée par l'inertie diurne, le gâtisme, la nymphomanie, un mutisme parfois interrompu par des éclats de rire,des pleurs ou de rares paroles empreintes de son délire mobile (elle est morte, martyre, ne veut pas faire pénitence plus longtemps dans cette maison, refuse la nourriture, veut se suicider, etc.), par une certaine malfaisance impulsive et féline à

l'égard de ses gardiennes, par une expression successivement hébétée, bestiale, puérilement malicieuse, par son incapacité de rassembler quelques idées raisonnables, sauf à de certains moments où une émotion un peu vive (celle résultant de la visite de sa mère) a paru stimuler favorablement son activité cérébrale.

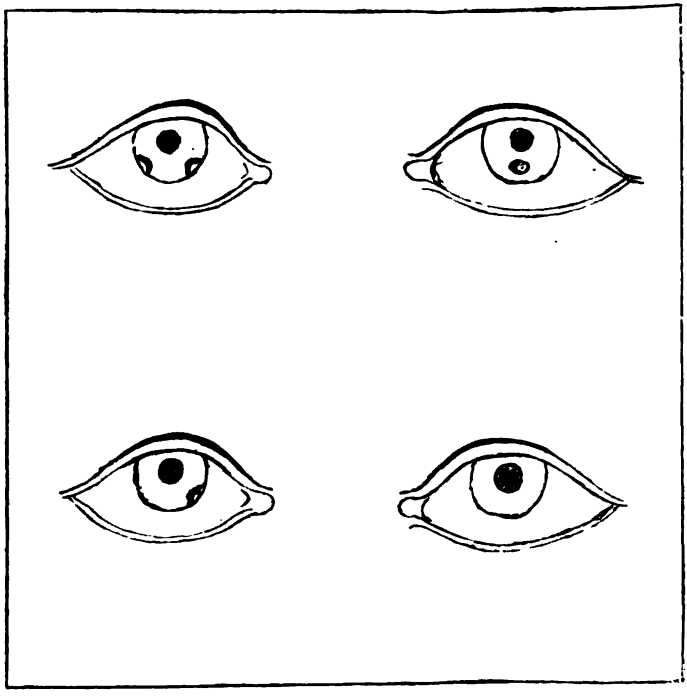


*Fig.* 21 *à* 24.

Observation IV. — Antoine P... âgé de trente-quatre ans, célibataire. Entré à l'asile d'Albi le 18 juillet 1901.

Antécédents héréditaires inconnus : aurait été victime en 1899, d'un traumatisme cérébral grave (chute de sur une charrette) ayant exigé un long séjour à l'hôpital de Béziers et après lequel persistèrent des troubles mentaux. Dans ces derniers temps seulement ces troubles auraient dégénéré en accès de fureur et tels qu'il menaçait de mort et parfois aussi du couteau, ses proches et ceux qui étaient chargés de sa garde. Son certificat d'admission à l'asile du Bon-Sauveur d'Albi, porte : « Délire confus caractérisé

par une sorte de rêvasserie agitée, au cours de laquelle le malade parait en proie à des hallucinations pénibles. Son langage, ses actes sont incohérents et son inconscience semble à peu près totale. Vainement on s'attache à obtenir de lui une réponse raisonnable. Il se dit à Paris, à Cayenne, au contrôle ; il prononce le mot :

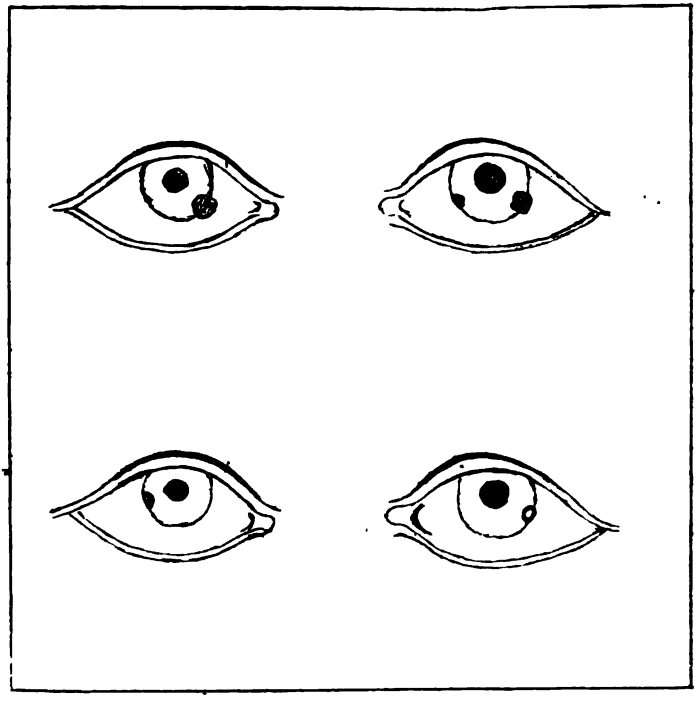


*Fig.* 25 *à* 28.

« assassin » ; se défend de n'avoir rien fait de mal. Son regard est terne, effaré, distrait de ce qui l'entoure. Il parle seul ; fait demandes et réponses ; semble écouter des voix, ramasse des pierres, s'étend sur le sol à plat ventre. Ses yeux sont légèrement injectés, les conjonctives hypoesthésiées, tandis que les deux cornées présentent des dépressions très apparentes de leur face antérieure. L'état général est mauvais.

A la date du 18 juillet, les dépressions ainsi observées se localisent de la façon suivante : 1° Deux de forme lenticulaire, sont à la périphérie de la cornée droite, l'une en dehors, l'autre en dedans.

2° Une troisième, de forme ovalaire, occupe la partie inférieure et médiane de la cornée gauche (*fig.* 21 et 22).

Le 19 juillet, la dépression de l'œil gauche a totalement rétrocédé, tandis que, à droite, les deux dépressions situées sur les confins de la cornée sont moins nettes et ont fait place à un dépoli, légèrement laiteux, de la cornée en ces mêmes points. Le malade, d'autre part, se montre moins agité, quoique toujours bien confus et inconscient. Son visage est émacié, son regard égaré, ses yeux caves.

Le 20 juillet. Yeux de plus en plus caves ; même état de la cornée. Etat général progressivement mauvais. Langue sèche ; 90 pulsations ; réflexes rotuliens normaux ; alitement (*fig.* 23 et 24).

Le 22 juillet. Sur l'œil droit seulement et sur le limbe de la cornée, en dedans, dépression agrandie.

Le 24 juillet. La dépression de l'œil droit tout en continuant de s'étendre empiète sur la sclérotique (*fig.* 25).

Le 27 juillet. Sur l'œil droit même dépression en dedans, sur l'œil gauche dépression en dedans et dépression en dehors, à la limite de la cornée (*fig.* 26 et 27).

Le 29 juillet. Dépressions moins apparentes à droite ; la dépression de l'œil gauche a pris un aspect légèrement laiteux, sans traces d'ulcérations.

Le 21 août. Tandis que toutes les dépressions constatées les 27 et 29 juillet ont disparu, il en est survenu une autre en dehors de l'œil gauche, moins étendue que les précédentes (*fig.* 28).

Le malade se meut avec moins de difficulté, mais sa mentalité reste bien confuse : son attitude est celle d'une démence très avancée. Le 27 août, disparition complète de la dépression gauche, mais apparition sur un point symétrique de l'œil droit, d'une nouvelle dépression empiétant sur la sclérotique (*fig.* 29).

Le 30 août. Il n'existe de dépression que sur l'œil droit en dedans de la cornée (*fig.* 30 et 31).

Le 4 septembre. Absence complète de lésions oculaires.

Le malade est toujours l'objet de soins d'infirmerie, bien que son état général paraisse meilleur ; sa physionomie devient plus normale ; ses yeux sont moins excavés.

Le 12 septembre. Eveil lent de la conscience ; il commence à se rendre compte de l'endroit où il se trouve, des gens avec qui il est ; mais il se montre timide, craintif, réservé, puéril dans ses manières. Il aime à s'isoler, dissimulant son visage avec ses mains ou bien s'éloignant de ceux qui l'abordent ou l'appellent. Pour la dernière fois, je constate ce jour-là, en dedans de la cornée de l'œil droit, une dépression d'aspect laiteux (*fig.* 32 et 33).

Le certificat trimestriel du 18 octobre est ainsi conçu : « Démence ou, tout au moins, très notable affaiblissement des facultés mentales ayant succédé à un délire lypémaniaque confus. Actuelle-

ment le malade, tout en ayant recouvré une certaine conscience de lui-même et des ambiances, se montre puéril dans ses paroles, dans ses actes, ses attitudes, en même temps qu'indifférent à l'endroit des siens. Il se montre aussi timide, enfantin, gauche, méfiant à l'égard de son entourage, n'osant ou ne voulant pas répondre aux questions posées qu'il semble prendre pour de mauvaises

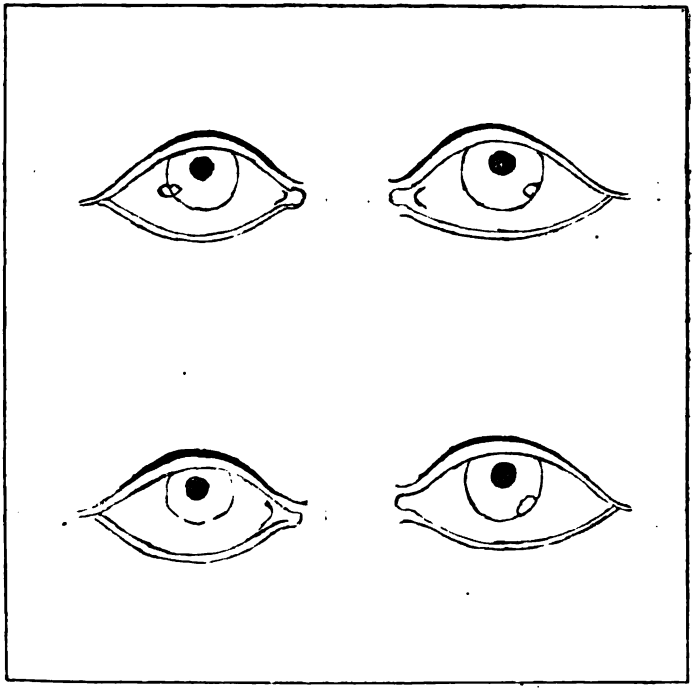


*Fig.* 29 *à* 32.

plaisanteries, se détournant de ceux qui passent, se cachant le visage avec ses mains. Cette affection ayant débuté après un traumatisme cérébral grave, il est fort à craindre que ce qui se présente aujourd'hui chez ce malade, sous des apparences de démence, ne se maintienne à titre de réalité ».

Depuis lors l'état du malade n'a guère subi de modification et son délire paraît toujours orienté dans le sens de la persécution. Il ne cesse pas de se tenir à l'écart de tout le monde, paraissant soucieux, puérilement effarouché par la présence des gens qui

passent, préoccupé de les éviter, s'en allant lorsqu'on l'appelle, répondant évasivement à ceux qui l'accostent et l'interpellent, leur échappant, s'il le peut, tout en marmottant quelques mots ou bien en souriant à la façon de quelqu'un qui croit déjouer ainsi les agissements d'un mauvais plaisant, plus rarement articulant des plaintes à l'égard de ceux qui l'interrogent avec insistance et qui, médecins ou autres, lui mettent le diable dans la tête, devinent sa pensée, et, conséquemment, ne devraient pas, le sachant par avance, lui demander ce dont il souffre et ce qu'il pense. L'expression habituelle de sa physionomie, sa démarche, sa mimique, la forme de son langage, tout l'ensemble de ses allures revêtent quelque chose de niais, d'enfantin, de gauche.

Observation V. — Louis R..., âgé de quatre-vingt-deux ans,

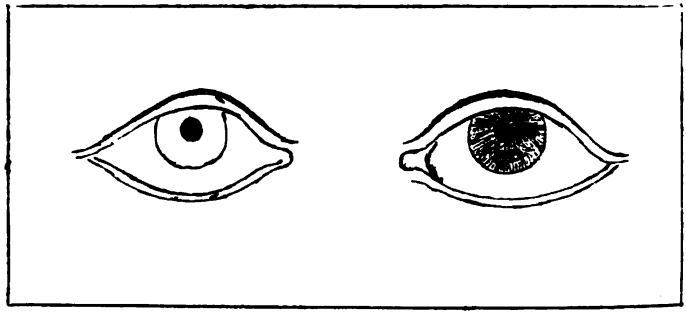


*Fig.* 33 *et* 34.

admis à l'asile le 25 octobre 1901 pour une démence sénile accompagnée d'agitation, d'un délire continuel, incohérent, insaisissable, de refus de nourriture.

Le 25 octobre, confusion extrême, inconscience totale, bredouillage incohérent, agitation, doit être nécessairement alité, tant sa faiblesse est grande. — Le 28 octobre, même état psychique avec affaiblissement croissant des forces physiques; le malade peut à peine balbutier des mots inintelligibles; difficilement il avale un peu d'alimentation liquide. — Le 29 dans la nuit, a pu se lever momentanément, sous l'action de son délire, ne sachant où il se dirigeait. — Le 30, expression d'inconscience et de confusion extrêmes, carphologie. — Le 31, rejet de toute nourriture, respiration bruyante, état comateux. A la visite du matin, je constate sur l'œil droit une dépression de la cornée située à l'union des deux tiers supérieurs et du tiers inférieur de celle-ci. Cette dépression transversale, assez semblable à celle de la première observa-

tion, ne s'accompagne d'aucune inflammation apparente des tissus de la cornée ou des autres membranes de l'œil. — Décès survenu le 31 novembre 1901, à 4 heures du soir, par marasme aigu (*fig.* 34).

Dans ce cas suivi de mort, il devenait intéressant de recueillir la cornée ainsi déformée, et de rechercher quels pouvaient être la nature et le degré de cette altération.

L'examen macroscopique ne déclarait rien d'anormal; l'examen histologique, auquel j'avais aussi songé, ne put être fait, pour des raisons d'inexpérience de ma part en matière de conservation d'une telle pièce anatomique très spécialement accessible à la putréfaction. Je n'en remercierai pas moins ici MM. les professeurs Régis et Félix Lagrange, de Bordeaux, pour le concours anatomopathologique que m'assuraient, en cette circonstance, leur gracieuse bienveillance et leur savoir.

De ces cinq observations, je rapprocherai certaines remarques faites par Brière de Boismont sur l'œil et particulièrement sur la cornée de certains aliénés atteints du délire aigu. Ces constatations, non renouvelées depuis, et même passées sous silence dans les plus récentes monographies du délire aigu, m'ont semblé assimilables à celles qu'à présentées, en particulier, le sujet de notre quatrième observation, malade chez lequel la symptomatologie du délire aigu est venue, en même temps que la dépression cornéenne, compliquer momentanément l'évolution d'une psychose grave, d'origine traumatique. Voici ce qu'écrit, en effet, Brière de Boismont dans son travail sur le *Délire aigu* observé dans les établissements d'aliénés (*Mémoires de l'Académie de médecine,* t. XI, p. 552).

« Etat des yeux. — Les yeux révèlent la gravité du mal, et leur aspect suffit seul pour annoncer une affection cérébrale. Leur expression est généralement sinistre, et ce caractère est quelquefois si prononcé chez certains malades qu'on dirait qu'ils ont fait un mauvais coup. Dans d'autres cas, ils prennent un air de malice. Tantôt les yeux sont fixes, tantôt ils sont très mobiles, agités de mouvements convulsifs; ils se portent avec une telle rapidité de gauche à droite, de haut en bas, dans toutes les directions, qu'on ne peut les regarder sans fatigue. Dans quelques circonstances, ils sont injectés, sanguinolents, brillants, font saillie hors de l'orbite. Chez une femme, ils étaient alternativement ternes et brillants. Beaucoup de ces malades ont les yeux effarés, hagards, menaçants. La pupille est très fréquemment dilatée ; lorsque la maladie est avancée, la dilatation diminue et l'œil reprend sa

dimension habituelle ; la contraction peut se montrer dès le début de l'affection. La dilatation et la contraction de la pupille sont moins constantes que l'étrangeté du regard. Enfin, il arrive quelquefois que les yeux, pendant le cours du délire, ne sont ni dilatés ni resserrés. — Lorsque le délire a duré quelque temps, les yeux perdent de leur éclat, de leur vivacité ; ils deviennent ternes, s'enfoncent dans l'orbite, et, quelques jours avant la mort, *on voit apparaître à leur centre une petite tache, un petit nuage, qui répond souvent à une dépression.* A cette époque, l'œil est le siège d'une sécrétion muqueuse puriforme qui, d'abord légère et limitée à ses angles, ne tarde pas à augmenter ; les paupières sont fortement collées, et il faut les lotionner fréquemment avec de la guimauve pour que le malade puisse les écarter. Ce signe est presque toujours fâcheux, car la plupart de ceux chez lesquels nous l'avons observé ont succombé. »

II. Si les observations ci-dessus relatées sont peu nombreuses, elles ont toutefois le mérite de présenter la lésion dont il s'agit, dans des conditions relativement variées, tout en n'invoquant qu'une seule et même pathogénie.

Quelle peut donc être la genèse de la pression kératique ? Evidemment les centres nerveux encéphaliques sont seuls en cause : la promptitude des effets, leur mobilité, leur bilatéralité et symétrie fréquente, l'absence ordinaire de manifestations inflammatoires, enfin leur relation constante avec des accidents cérébraux de nature profonde et grave, indiquent que là se trouve le point de départ de ces altérations.

Ici comme dans l'ophtalmie décrite sous la désignation de neuro-paralytique, le trijumeau semble devoir être le vecteur des incitations dystrophiques ou déformantes, mais on ne saurait, ce semble, accorder ici au ganglion de Gasser le rôle essentiel et primitif qui lui a été dévolu dans le développement de la kératite neuro-paralytique.

A l'encontre de ce qui se passe dans cette dernière affection où la lésion de l'organe comporte rapidement un caractère de haute gravité, dans la dépression cornéenne, tout se borne à des manifestations superficielles de l'organe, sans inflammation, sans altération anatomo-pathologique appréciables ; à tel point que, venant d'observer le sujet de l'observation I, l'idée m'était venue que la dépression et les rides d'une cornée ainsi partiellement déformée pouvaient n'être attribuables qu'à une résorption extrêmement rapide des milieux liquides de l'œil. Mais cette interprétation ne

pouvait tenir devant le fait que la dépression affectait une disposition exactement délimitée, qu'elle siégeait à la partie déclive de la cornée, ce qui ne saurait cadrer avec un affaissement du globe oculaire en un point où la pesanteur tendrait, au contraire, à accentuer la pression de l'humeur aqueuse. D'autre part, les dépressions punctiformes constatées dans les observations II et III ne supportent point une telle explication.

Préférablement je verrai dans la dépression kératique comme la plus apparente manifestation des relations psycho-organiques qui, à l'état normal comme à l'état morbide, mettent en communication l'activité mentale avec le regard, donnant à celui-ci son expression qui si bien décèle les états d'âme et souvent s'accompagne, dans les cas extrêmes, d'une modification ostensible de l'organe visuel, brillant dans l'excitation, terne dans la dépression. Il va de soi que c'est aux plus forts degrés de la dépression psychique que correspondrait la déformation kératique, soit qu'elle trouve sa cause dans un traumatisme cranien, ou bien encore dans le marasme dénouant une affection encéphalique, les états stupides, le délire aigu.

Même, avec cette interprétation pathogénique, le trijumeau reste l'agent canalisateur des stimulations cérébrales susceptibles d'influencer le tissu cornéen, non par des troubles trophiques dérivant d'une action propre au ganglion de Gasser, mais par des perturbations fonctionnelles émanant d'une sollicitation morbide des centres d'origine des nerfs trijumeaux, centres dont la contiguïté et les connexions réciproques allant de l'un à l'autre hémisphère semblent fournir la meilleure interprétation de la bilatéralité des altérations kératiques, surtout quand celles-ci suivent immédiatement un traumatisme, ainsi que dans l'observation I.

III. En résumé, nous conclurons :

1° Il existe une altération oculaire caractérisée par la simple dépression d'un point plus ou moins limité de la cornée, sans lésions anatomiques appréciables, quoique en relation avec des troubles encéphaliques, toujours graves.

2° Cette dépression kératique est essentiellement instable, mobile, survenant, disparaissant, se déplaçant rapidement sur différents points de la cornée. Bien qu'elle ait pu se pro-

duire, dans un cas, moins d'une heure après un violent traumatisme cranien, elle ne survient habituellement qu'à la période des grandes dépressions des psychoses, du délire aigu, des encéphalites.

3° Il y a lieu de distinguer cette altération organique de la cornée, essentiellement superficielle, de la kératite neuroparalytique, laquelle, caractérisée par des lésions dystrophiques profondes (abcès indolents, kératomalaxie, xérosis), paraît plus directement en rapport avec les centres trophiques que constituerait le ganglion de Gasser.

4° Dans tous les cas, il paraît résulter des observations qui précèdent, que, quels qu'en soient le mode et l'intensité, certaines lésions des centres nerveux encéphaliques exercent sur la cornée une influence morbide indiscutable.

5° Il semble que le pronostic des affections auxquelles se rapporte la dépression kératique doive en être considérablement aggravé, soit au point de vue du danger de mort dans les états d'encéphalite, de délire aigu ou de traumatisme cranien, soit au point de vue de l'incurabilité et de la démence dans les états psychopathiques dépressifs.

---

# RECUEIL DE FAITS.

## Une observation de sein hystérique.

PAR LES DOCTEURS

VIALLON, Médecin-chef à l'asile de Bron.

ALOMBERT, Médecin adjoint à l'asile de Bron.

Sous le nom de *sein hystérique* on a décrit les affections les plus disparates n'ayant de commun que le terrain nerveux spécial sur lequel elles se développaient. C'est ainsi qu'on a englobé, sous cette dénomination, la mastodynie, le gonflement du sein avec ou sans tumeur, avec ulcération, la galactorrhée, les ecchymoses et les hémorrhagies du sein qui se montrent chez les personnes hystériques.

Willis (1678) cite, le premier, le cas d'une jeune fille qui présentait de la douleur et du gonflement d'un sein coïncidant avec des accidents hystériques. Les observations de Carré de Montgeron (1747), de Hoffmann (1748), de Pomme (1807), pour citer les plus anciennes, celles plus récentes de Cooper et de Féré montrent bien la réalité du gonflement hystérique du sein mais en font ressortir en même temps la rareté [1]. C'est pourquoi, ayant eu l'occasion d'observer dans notre service un de ces cas intéressants, nous croyons utile de le publier.

Jeune fille âgée de dix-huit ans et demi, domestique.

*Antécédents héréditaires.* Père vivant, âgé de cinquante-six ans, un peu buveur, mais jouissant d'une assez bonne santé et n'ayant jamais rien présenté d'anormal ; mère morte à l'âge de quarante-neuf ans, d'affection indéterminée, était mal portante et est restée malade les sept dernières années. Trois frères vivants et âgés de vingt-trois, vingt-six et vingt-huit ans, bien portants et sans tares nerveuses ; deux sœurs également vivantes (dix et trente-deux ans) et en bonne santé aussi ; sept frères ou sœurs morts en bas âge d'affections indéterminées. Aucun des enfants, morts ou encore vivants, n'aurait eu de convulsions. D'après les renseignements qui nous sont fournis, il n'y aurait jamais eu de manifestations nerveuses ni vésaniques chez les collatéraux.

*Antécédents personnels et historique de la maladie.* Les antécédents personnels de notre malade n'offrent rien de particulier. On ne note ni convulsions dans l'enfance, ni maladie infectieuse grave. Au contraire, a toujours joui d'une excellente santé ; caractère plutôt calme et indolent.

Réglée tardivement, à l'âge de dix-sept ans et assez régulièrement durant la première année. A noter seulement quelques pertes blanches au début de l'établissement de la menstruation, pertes blanches qui ont d'ailleurs disparu au bout de quelques mois. Les menstrues ne présentaient rien d'anormal : perte sanguine ordinaire, sans grosses coliques; pas de troubles nerveux concomitants.

Depuis quatre ou cinq mois environ (la malade ne peut préciser) les menstrues se sont « dérangées », elles sont devenues plus abondantes, plus douloureuses, et surtout très irrégulières, soit dans leur apparition, soit dans leur durée. Elles reviennent quelquefois tous les quinze jours pour persister pendant quatre ou cinq jours et même davantage. Souvent aussi la période menstruelle est inter-

[1] Voir pour un historique complet de la question les deux thèses suivantes : Connard (*Du sein hystérique*, Paris 1876) ; Michard (*Le sein hystérique*, Lyon 1902).

rompue dans son cours, la malade perd pendant deux jours, puis l'écoulement se suspend pour réapparaître deux ou trois jours après. Depuis cette époque aussi, la malade éprouve une lassitude inaccoutumée, perd un peu l'appétit, souffre souvent des reins et ressent, tout particulièrement au moment des règles, « quelque chose qui lui remonte de l'estomac et parfois du ventre, jusqu'au gosier et qui l'étouffe ». A part cette sensation de boule hystérique, aucun autre phénomène insolite, nerveux et mental.

Les dernières règles remontent au 12 janvier 1902 et se sont terminées le 16 ; elles ont été très douloureuses et assez abondantes. La malade dit n'avoir jamais remarqué, au moment des époques, ni picotement du mamelon ni gonflement du sein, ni avoir ressenti aucune douleur au niveau des glandes mammaires.

20 *janvier*. — Les règles ont cessé le 16 de ce mois; la malade va bien, son appétit est normal, elle a accompli son travail journalier comme d'habitude et personne n'a rien remarqué de changé dans ses allures. Interrogée quelque temps après, dit elle-même qu'elle ne s'est aperçue, ce jour-là, d'aucun phénomène particulier du côté des seins.

S'est couchée à huit heures et demie, aussitôt son travail terminé, a causé raisonnablement avec les jeunes filles couchant dans la même chambre; n'a pas pu s'endormir, est devenue loquace, s'est énervée, excitée progressivement, puis peu à peu est tombée dans un état d'agitation marquée. Justement inquiètes, ses compagnes avertissent la surveillante en chef qui, elle-même, nous fait appeler. Nous nous trouvons en présence d'un véritable accès maniaque avec paroles et cris incohérents, désordre complet des actes. La malade est maintenue avec peine dans son lit par trois personnes ; elle cherche à s'échapper, fait parfois l'arc de cercle, raidit d'une façon intermittente ses membres supérieurs et inférieurs, tourne violemment la tête, veut se relever, puis se rejette brusquement sur son lit, etc. Ne reconnaît pas les personnes qui l'entourent et ne répond à aucune des questions qu'on lui adresse; ne paraît pas avoir de délire ni d'hallucinations; excitation motrice simple avec abolition ou diminution de la conscience ; état convulsivant.

La compression prolongée des ovaires ne produit aucun résultat. On prescrit, à onze heures du soir, 2 grammes de bromure de potassium ; l'agitation persiste avec la même intensité jusqu'à une heure du matin pour s'atténuer ensuite peu à peu.

Les seins commencent à grossir pendant l'accès d'agitation ; à une heure du matin, l'infirmière qui la surveillait a constaté la grosseur anormale du sein gauche. Bientôt le droit grossit à son tour ; les deux seins, une heure après, étaient au moins trois fois plus volumineux qu'à l'état habituel et la malade paraissait éprouver une douleur assez vive de ce côté.

21 *janvier*. A partir de une heure du matin, la malade s'est calmée peu à peu et depuis trois heures a été relativement tranquille. Cependant, ce matin encore, est bien énervée, par moments s'étire dans son lit, rit et pleure sans motif; est encore un peu obnubilée et se plaint de douleurs musculaires généralisées résultant de son accès de la veille. A neuf heures du matin, les seins ont déjà commencé à diminuer de volume; ils sont encore énormes et nous regrettons de n'avoir pris ni photographies ni mensurations. Ils sont le siège d'un gonflement uniforme, sans rougeur ni relief plus marqué des veines, mais ils sont un peu sensibles au toucher, surtout le gauche à sa partie inférieure et externe. Les mamelons, loin d'être hypertrophiés, paraissent, au contraire, rétractés, enfoncés dans la masse glandulaire; ils ne sont le siège d'aucun écoulement et d'aucune sensation pénible. A la palpation, on

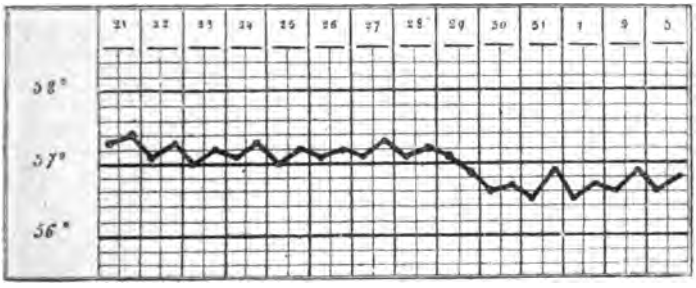



*Fig.* 35.

ne trouve aucun point d'induration; les seins sont uniformément tendus, élastiques. Pas d'irradiations douloureuses.

Pendant la journée, oscillations dans la diminution des seins, plusieurs phases d'augmentation notable. La malade urine peu; appétit presque nul (quelques tasses de lait ou de limonade). Maux de reins, coliques. Le soir, retour des époques. Pas de température, ni hier, ni aujourd'hui.

22 *janvier*. Ce matin, diminution assez notable du volume des deux seins et surtout du sein droit. Les époques continuent, toutefois la perte sanguine est minime. L'état mental est à peu près normal, à part un certain état de torpeur ou de fatigue cérébrale avec accès d'irritabilité. Toujours manque d'appétit et pas de fièvre. Dans la journée, même situation; s'alimente à peine, se montre un peu excitable, change souvent de place dans son lit. Est allée du ventre; rien dans les urines. A toujours ses époques.

23, 24 et 25 *janvier*. Même situation. Continuation des époques. Le sein gauche est toujours un peu plus gros que le droit. Même

état général ; s'alimente cependant mieux. — 26 *janvier*. Les époques ont cessé depuis hier au soir.

27 *janvier*. Légère réapparition de l'écoulement cataménial. Le sein gauche reste toujours un peu volumineux ; le sein droit a repris peu à peu son volume normal. — 28 *janvier*. Cessation définitive des règles, persistance du gonflement du sein gauche, qui est toujours douloureux spontanément, et surtout à la pression. à sa partie inférieure et externe.

29, 30 et 31 *janvier*. Aucune modification à noter du côté du sein gauche. Hypothermie par suite d'alimentation insuffisante. Du 1er *février* au 10, même situation. La figure 27 montre que la température est restée normale en janvier et qu'il y a une légère hypothermie dans les premiers jours de février.

11 *février*. La malade attend ses époques. Gonflement des deux seins aujourd'hui, avec douleurs assez vives ; ventre ballonné ; région épigastrique distendue, douloureuse à la pression.

12 *février*. Diminution de volume des deux seins (le gauche restant toujours un peu plus gros) ; persistance des élancements douloureux ; inappétence ; douleurs de reins ; abattement général.

13 *février*. Les régles ne se sont pas encore montrées ; la malade se plaint de coliques légères dans le bas-ventre ; pas de température.

14 *février*. Pas encore d'époques ; persistance des coliques. Ce soir les deux seins sont très gonflés et douloureux à la pression, surtout à leur partie inféro-externe. Depuis quelques jours, sensation fréquente de la boule hystérique et aujourd'hui plus que d'habitude.

Le soir, nervosisme marqué avec plaintes et tendance à l'agitation ; douleurs variées, sans localisation précise ; se plaint cependant plutôt du ventre qui est ballonné et des seins qui sont le siège d'élancements douloureux. A bien déjeuné ; est allée du ventre ; avait uriné hier soir, urine abondamment à trois heures du soir aujourd'hui ; l'analyse ne révèle rien d'anormal. On prescrit : application de quatre sangsues aux cuisses, trois capsules d'apiol de 0 gr. 25 centigr., 3 grammes de bromure de potassium et des pédiluves à la moutarde.

Les règles apparaissent vers les huit heures du soir, la malade perd très peu ; les deux seins restent gonflés, mais l'accès d'agitation que nous avions en perspective demeure à l'état d'ébauche.

15 *février*. Persistance du gonflement douloureux des deux seins, du ventre et de la région épigastrique. Etat mental bon. Arrêt des époques dans l'après-midi ; les époques n'ont pas duré même vingt-quatre heures et la malade a très peu perdu ; boule hystérique par intermittences. — 16 *février*. — Les seins reviennent à leur volume normal ; la malade est fatiguée, brisée, sans appétit.

17, 18 et 19 *février*. Amélioration progressive. Seins normaux.

Appétit meilleur. — Du 20 au 28 *février*, même état. — Du 28 *février* au 4 *mars*, l'amélioration s'accentue de plus en plus.

4 *mars*. Apparition des règles sans phénomènes morbides. Les seins ne sont le siège d'aucun gonflement; état mental satisfaisant; appétit bon. Les règles coulent pendant trois jours avec abondance sans sensation insolite, sans boule hystérique. — Les règles, fin mars et courant avril, ont été régulières; rien du côté des seins.

*Examen physique de la malade.* — Notre malade est grande, bien constituée, présentant un certain embonpoint et ayant toujours eu un excellent appétit jusqu'au moment où ses règles sont devenues irrégulières. On ne trouve rien d'anormal du côté des différents organes, cœur, poumons, foie, tube digestif...

Sensibilité très diminuée à gauche; la malade perçoit à peine des piqûres légères et réagit mal aux piqûres profondes; hypoesthésie de la cornée gauche et du pharynx. Sensibilité exagérée des deux ovaires. Douleurs erratiques fréquentes le long de la colonne vertébrale; quelques céphalalgies. Pas de zones hystérogènes. Les sens spéciaux paraissent normaux (odorat, ouïe, olfaction, gustation); peut-être un léger rétrécissement du champ visuel à gauche, difficile à bien apprécier.

Depuis longtemps, et tout particulièrement au moment des époques, sensation de la boule hystérique; l'accès d'agitation a été précédé de cette sensation : « C'est une chose, dit la malade, qui me remonte du ventre jusqu'au gosier et qui m'étouffe ». La motilité n'offre rien de bien particulier à noter, si ce n'est une exagération manifeste des réflexes rotuliens.

Quant aux troubles menstruels, ils peuvent reconnaître comme cause un changement absolument complet dans le genre de vie, moral et alimentaire. Notre malade est une fille de la campagne, venue comme infirmière à l'asile où, dès le début, elle est affectée à un services d'agitées : les premiers temps ont été excessivement pénibles pour elle, constamment effrayée qu'elle était par les cris des malades en cellule, par les querelles journalières entre agitées. C'est d'ailleurs depuis son entrée à l'asile que les époques sont devenues irrégulières et plus douloureuses.

Notre observation peut ainsi se résumer : jeune fille présentant quelques stigmates d'hystérie mais n'ayant jamais eu jusqu'alors de manifestations convulsivantes ou mentales; troubles de la fonction cataméniale provoquant un accès d'agitation et du gonflement très marqué des deux seins. Ce gonflement persiste pendant quelque temps avec des alternatives de diminution et d'augmentation, mais son maximum coïncide toujours avec les époques ou les quelques jours qui

précèdent. Il disparaît lorsque les menstrues deviennent plus régulières et plus abondantes.

Un certain nombre d'auteurs qui ont écrit sur le sein hystérique ont rapporté ces phénomènes de gonflement à des troubles de la menstruation qui est irrégulière et douloureuse.

La physiologie peut permettre d'adopter cette manière de voir, si l'on considère les relations étroites qui unissent les mamelles à l'appareil utéro-ovarien. Aux différentes époques de la vie génitale de la femme cette corrélation s'affirme : le moment de la puberté est le signal du développement mammaire ; pendant la gestation il se fait au niveau des seins un travail qui est le corollaire et le complément du travail utérin ; à la ménopause, enfin, lorsque toute vie génitale s'éteint, les seins s'atrophient.

Durant le temps de l'activité génitale, il se produit, pour ainsi dire, des oscillations dans cette activité même, oscillations dont les maxima correspondent aux périodes menstruelles et, souvent, il se produit aussi une répercussion normale, physiologique, du côté des seins. « Chez un grand nombre de femmes, dit Lannelongue [1], les seins se gonflent quelques jours avant le début de chaque époque menstruelle, le mamelon devient le siège d'un prurit incommode, et le plus souvent laisse suinter quelques gouttes de liquide un peu jaunâtre ». De son côté, Tripier [2] constate les mêmes phénomènes dans son article sur la physiologie de la mamelle : « Chez presque toutes les femmes, dit-il, les mamelles sont le siège de sensations particulières à l'approche des règles. Il en est dont les seins augmentent manifestement de volume à cette époque ». Depaul et Guéniot partagent aussi la même opinion : « Enfin, pendant la menstruation, les seins ordinairement se gonflent, acquièrent plus de sensibilité et de tension ; la femme éprouve dans son intérieur, particulièrement dans la région du mamelon, des picotements plus ou moins considérables. »

[1] Lannelongue. Article *Mamelles. In Dict. de médecine et de chirurgie pratiques*, p. 522.

[2] Trépier. Article *Mamelles* (physiologie). *In Diction encyclop. des sciences médicales*, p. 379.

[3] Depaul et Guénot. Article *Menstruation. In diction. encycl. des sciences médicales*, p. 682.

Ainsi le gonflement du sein se produisant au moment de la menstruation est pour ainsi dire physiologique, lorsqu'il est à peine marqué et qu'il disparaît avec la cessation des époques. Il devient pathologique et décèle d'ordinaire un fonds hystérique lorsqu'il acquiert des proportions inusitées, lorsqu'il persiste même en dehors des époques.

Notre observation nous semble parler dans ce sens.

---

# L'HYSTÉRIE DE SAINTE THÉRÈSE

PAR LE Dr ROUBY[1]

*(Suite)*

---

HALLUCINATIONS HYSTÉRIQUES. — Maintenant, avec sœur Thérèse, entrons dans la période des hallucinations, celles habituelles aux hystériques, les auditives, les visuelles, les génitales ; les hallucinations éprouvées nous donneront une preuve nouvelle de sa maladie.

*Hallucinations psychiques.* — Mais avant de raconter les hallucinations véritables, nous devons donner quelques explications sur les hallucinations incomplètes que la sainte éprouva, et sur ce qu'elle voulait dire par ces mots : « Voir avec les yeux de l'âme ».

« Comme j'étais un jour avec une personne d'un rang distingué, dont j'avais fait depuis peu la connaissance, le Seigneur se présenta à moi d'un air courroucé ; je ne l'aperçus que des yeux de l'âme, mais je le vis plus clairement que je ne l'aurais fait des yeux du corps. »

Ce n'est pas, on le voit, une hallucination complète

[1] Voir n° 80, août 1902, p. 124.

qu'éprouve Thérèse ; elle a bien soin de distinguer les yeux de l'âme de ceux du corps.

Que veut dire Thérèse et quelle explication donner de ce fait ? La première explication, c'est qu'au début, les hallucinations étant très faibles, les malades se rendent compte de la non-réalité de leur sensation ; ils comprennent qu'ils ont entendu, qu'ils ont senti quelque chose d'irréel ; mais comme pourtant ils ont eu dans le cerveau une sensation, ils cherchent une expression pour dire ce qu'ils ont éprouvé et Thérèse appelle cela voir avec les yeux de l'âme ; entendre avec les oreilles de l'âme ; nous pouvons ajouter sentir avec le tact de l'âme.

Peut-être pourrait-on donner une explication scientifique du fait.

Rappelons-nous le mécanisme d'une sensation, de la vision par exemple ; trois faits se produisent : 1° impression sur la rétine ; 2° transmission par le nerf optique ; 3° perception par l'encéphale. On dit parfois qu'un fou est un homme ayant la tête à l'envers ; on pourrait dire avec plus de raison qu'un fou est un homme ayant les sensations à l'envers.

Je m'explique :

Je suis, sain d'esprit, placé devant un tableau noir sur lequel un arbre est dessiné ; je le vois : 1° l'image de cet arbre se fait sur ma rétine ; 2° elle est transmise par le nerf optique à mon cerveau ; 3° mon cerveau la perçoit. Conséquence : Je vois un arbre dessiné sur le tableau.

Au contraire, je suis aliéné ; sur le tableau noir, aucun dessin ; tout à coup dans mon cerveau, par le fait de la maladie, 3° se forme l'image d'un diable ; 2° cette image part du cerveau et suit le nerf optique ; 1° elle s'étale sur la rétine et je vois sur le tableau l'image non réelle du diable ; je suis halluciné. Dans ce cas, la vision a marché à l'envers de ce qu'elle fait normalement ; le troisième temps s'est produit avant le deuxième et le deuxième avant le premier.

Or pour expliquer le mot de Thérèse, voir avec les yeux

de l'âme, disons que la vision formée dans le cerveau, l'image du diable, n'a pas continué sa marche à l'extérieur en traversant le nerf optique, en s'étalant sur la rétine et enfin en se projetant dans l'espace; non, cette image est restée dans les couches du cerveau où elle a pris naissance et le troisième temps seul s'est produit; pour Thérèse c'est voir avec les yeux de l'âme; elle aurait pu aussi se servir de l'expression voir avec les yeux du cerveau.

De même qu'il y a des hallucinations de la vue incomplètes que les yeux de l'âme perçoivent, de même il y a des hallucinations incomplètes de l'ouïe, que les oreilles de l'âme perçoivent; le mécanisme de leur production est le même, le son remplaçant l'image, le nerf auditif, le nerf optique, les couches auditives, les couches optiques.

Ce sont ces hallucinations que Baillarger décrit sous le nom d'*hallucinations psychiques* et le Dr Séglas sous le nom de *psycho-motrices;* l'élément sensoriel, disent-ils, semble avoir disparu : ces malades entendent non la voix, mais la pensée; ils entendent des paroles dépourvues de son ; il y a conversation d'âme à âme sans le secours de la parole ; nous décrirons tout à l'heure des hallucinations de cette nature entendues par Thérèse avec les oreilles de l'âme.

Enfin, nous avons également, fait plus rare, l'hallucination incomplète du sens du tact, expliquée de la même façon : aussi conservons-nous pour ces sortes d'hallucinations la désignation de Baillarger, hallucinations psychiques, qui s'appliquent à toutes les hallucinations incomplètes. Cette désignation est meilleure que celle du Dr Séglas qui ne peut s'appliquer qu'au sens de l'ouïe, sans tenir compte du sens de la vue ni des autres sens. Ce serait mieux encore de les désigner sous le nom d'hallucinations cérébrales, qui désignerait nettement leur nature.

*Les hallucinations psychiques visuelles de sainte Thérèse.* — Voici quelques exemples d'hallucinations avec les yeux de l'âme racontées par sainte Thérèse : « Lorsque j'aperçus le Seigneur avec les yeux de l'âme me regardant d'un air

courroucé, l'impression en fut si vive qu'il me semble après vingt-six ans l'éprouver encore. Le Démon me persuadait que c'était un jeu d'imagination ou un artifice du malin esprit, mais qu'on ne pouvait voir qu'avec les yeux du corps ».

Parmi les mêmes hallucinations psychiques de la vue, il faut encore citer une vision de Jésus-Christ couvert de plaies et une autre concernant le livre des Confessions de saint Augustin : « Il me fut alors très préjudiciable de ne pas savoir qu'on pouvait voir quelque chose autrement que par les yeux du corps ».

*Les psychiques auditives.* — Voici : « Un jour que j'étais restée longtemps en oraison, je fus surprise d'un ravissement si subit qu'il m'ôta presque la connaissance et j'entendis ces paroles : « Je ne veux plus que tu aies de con« versation avec les hommes, tu n'en auras plus qu'avec les « anges ». Ces paroles sont fort distinctes ; on ne les entend pas des oreilles du corps, mais on les distingue plus clairement que si elles lui venaient par l'entremise des sens ; quand l'âme ne voudrait pas les entendre, elle ne pourrait s'y soustraire ; dans la société, quand on ne veut pas entendre ce qui s'y dit, on se bouche les oreilles ou on s'applique fortement à autre chose ; mais pour ces sortes de paroles intérieures, bon gré mal gré, Dieu, en vertu de son pouvoir suprême, se fait écouter. J'en ai une grande expérience, ayant été près de deux ans à faire mes efforts pour ne pas les entendre, dans la crainte d'y être trompée. Il se passera quelquefois plusieurs jours, sans qu'on les entende, quelque désir qu'on en ait, et d'autres fois sans le vouloir, il faut, malgré soi, les écouter. Si on voulait mentir à ce sujet on dirait qu'on les entend avec les oreilles du corps ; comme je croyais qu'on ne pouvait pas entendre autrement, j'ai éprouvé un grand chagrin de ce qui m'arrivait ».

Ailleurs, elle raconte que fort souvent, dans cet espace de deux ans, elle entendit avec les oreilles de l'âme ou elle vit avec les yeux de l'âme. Cela la mettait dans un grand état

de perplexité : « Notre Seigneur, au milieu même des entretiens que j'avais avec les autres, me mettait en recueillement, et sans que je pusse m'en défendre, il me disait tout ce qu'il voulait et il fallait malgré moi que je l'écoutasse ».

Dans un autre passage, Thérèse, parlant encore de ses auditions intérieures, raconte qu'elle était toujours dans la crainte, au sujet des paroles que le Seigneur lui faisait entendre très fréquemment et presque continuellement. En parlant des diverses oraisons de la sainte nous aurons à citer d'autres hallucinations de même nature.

*Hallucinations psychiques du tact.* — A côté des hallucinations psychiques de l'ouïe et de la vue, je dois citer une hallucination psychique du sens du tact, hallucination de la sensibilité générale, que je crois très rare ; comme elle est très bien décrite par Thérèse, et très importante pour nos études d'aliénation, nous la citerons tout entière : « Un jour de la fête du glorieux saint Pierre, lorsque j'étais en oraison, je vis ou plutôt je sentis, car je ne vis rien en effet ni des yeux de l'âme ni autrement, je sentis, dis-je, que Notre-Seigneur était près de moi et je connus que c'était la même personne qui me parlait ordinairement ; comme j'ignorais qu'il peut y avoir de pareilles visions, j'en fus au commencement fort effrayée et je répandis beaucoup de larmes ; il me semblait que Notre-Seigneur marchait toujours à mes côtés. Cependant, comme il n'y avait aucune image, je ne pouvais distinguer sous quelle forme il était ; mais pour être toujours à mon côté droit, je sentais évidemment qu'il y était et qu'il était témoin de tout ce que je faisais ; de manière que toutes les fois que je me recueillais un peu ou que je n'étais pas tout à fait distraite, je ne pouvais ignorer qu'il fût près de moi ».

Ailleurs, Thérèse raconte qu'elle eut d'autres fois la même sensation de présence à côté d'elle, soit d'anges, soit de démons, sans les voir, sans les entendre et sans les sentir. J'étais comme une personne aveugle ou plon-

gée dans une très grande obscurité qui ne peut voir un homme placé auprès d'elle, avec cette différence que la personne en acquiert la certitude par le témoignage des sens, soit en la touchant, soit en l'entendant parler ou se remuer, tandis que dans cette sensation, il n'y a point d'obscurité semblable et Notre-Seigneur se montre *présent à l'âme* par une connaissance plus claire que le soleil ». Il peut donc, comme on le voit, y avoir des hallucinations psychiques du sens de la sensibilité générale, analogues à celles de la vision, analogues à celles de l'audition, c'est-à-dire des hallucinations qui se passent entièrement dans l'encéphale, sans être projetées au dehors.

Hallucinations complètes. — Après les hallucinations incomplètes dites psychiques, nous arrivons aux hallucinations complètes des divers sens éprouvées par sainte Thérèse ; citons-en quelques-unes :

Auditives. — « Un jour que j'étais plus affligée que de coutume parce qu'on me contrariait sur la communion et sur mon goût de solitude, j'entrai dans un oratoire ; j'y fus pendant cinq heures toute saisie et agitée par la frayeur d'être le jouet du démon, lorsque, tout à coup, j'entendis ces paroles : « N'ayez pas peur, ma fille, c'est moi, je ne vous abandonnerai pas. »

« Jusqu'à ce moment je n'avais pas encore entendu avec les oreilles du corps. »

Dans un autre chapitre, sainte Thérèse raconte que chaque jour Dieu lui parlait, tantôt avec amour, tantôt avec colère. Comme un jour ses confesseurs lui défendaient de faire ses oraisons, nous dirons plus loin ce qu'elles étaient, cette défense déplut au Sauveur, car il ordonna de répondre qu'elle tenait de la tyrannie et il fournit lui-même de vive voix des raisons pour combattre leur sentiment.

Lorsqu'elle eut des visions du démon, elle entendait parler autour d'elle comme s'il y avait des gens qui complotassent ensemble pour lui faire du mal. D'autres hallucina-

tions de l'ouïe, combinées avec des hallucinations de la vue et du toucher, seront racontées plus loin.

Les visuelles. — La première hallucination de la vue de sainte Thérèse est célèbre, c'est l'hallucination des mains ; voici son récit : « Étant un jour en oraison, il plut à Notre-Seigneur de me montrer seulement ses mains; elles étaient d'une beauté si vive et si éclatante, qu'elles surpassaient toute expression. Quelques jours après il me fit voir sa divine face, et cette vue me laissa tout absorbée en lui. Je ne pouvais comprendre pourquoi cet aimable Sauveur ne se découvrait à moi que peu à peu, puisqu'il devait bientôt se montrer tout à fait; j'ai compris depuis, qu'il avait égard à ma faiblessse.

« Un autre jour qui était celui de Saint-Paul, comme j'étais à la messe, la Très Sainte Humanité du Sauveur se fit voir à moi tout entière, telle qu'on la dépeint après sa résurrection, dans une splendeur et une majesté incomparables.

« En effet, j'aurais inutilement pendant plusieurs années travaillé mon imagination pour me représenter une chose si belle et si charmante, que je n'aurais jamais pu en venir à bout, tant sa blancheur et son éclat surpassaient tout ce qu'on peut imaginer; ce que je voyais paraissait bien encore tenir de l'image, néanmoins je connaissais que ce n'en était pas une, mais Jésus lui-même, comme on distingue une personne vivante de son portrait. »

Hallucinations de superposition. — Nous devons citer aussi une curieuse hallucination de la vue, hallucination de superposition ; elle consiste à voir un objet réel sous un aspect non réel : « Un jour que je tenais à la main la croix de mon rosaire, Notre-Seigneur la prit dans la sienne et quand il me la rendit, elle était composée de quatre grandes pierres précieuses, qui étaient hors de comparaison, parce qu'il n'y en a pas à faire quand il s'agit de choses surnaturelles ; les diamants ne pouvant paraître que pierres fausses auprès des pierres incomparables qui formaient cette croix ; les

cinq plaies de Notre-Seigneur y paraissaient admirablement gravées. Ce divin Sauveur, en me donnant cette croix, me dit qu'à l'avenir je la verrais toujours de la sorte, et depuis cela m'est toujours arrivé. Je n'y discernais en aucune manière le bois, mais seulement les pierres, et cette faveur n'était que pour moi ».

L'explication est celle-ci : durant l'hallucination, Jésus lui suggère que dorénavant, chaque fois qu'elle regarderait la croix, elle la verrait composée de diamants ; facile à la suggestion, de par son état hystérique, sainte Thérèse voit la croix telle qu'on veut qu'elle soit vue.

Hallucinations doubles de la vue et de l'ouïe. — Voici une hallucination double de la vue et de l'ouïe : « Notre-Seigneur pendant tout ce temps, me faisait entendre par sa bouche adorable des paroles de tendresse et me découvrait sa beauté ineffable ; mais quelque désir que j'en eusse, je ne pus jamais distinguer la couleur ni la grandeur de ses yeux. Dès que je voulais le faire, la vision disparaissait ou bien son regard si puissant me faisait tomber en état de ravissement. Ce divin Sauveur se montrait presque toujours à moi *sans vêtements*, tel qu'il était après sa résurrection ; lorsque j'étais dans l'affliction il m'ouvrait ses plaies; parfois il se faisait voir dans l'Agonie du Jardin des Oliviers, ou bien portant sa croix, ou bien crucifié sur le Calvaire ; rarement il avait la couronne d'épines ».

Comme on le voit, malgré toute la puissance de son imagination, Thérèse aperçoit Jésus-Christ tel qu'on le dépeint habituellement ; cela doit sembler bizarre, qu'un Dieu, pour se manifester, n'ait pas choisi d'autre forme que celle antérieurement conçue par des peintres et des sculpteurs ou imaginée par des écrivains.

Période démoniaque. — Maintenant Thérèse est en proie aux hallucinations ayant pour base le démon ; cette forme que prend son délire lui est suggérée par les personnes qui l'entourent : tout le monde, les confesseurs, les directeurs,

les sœurs du couvent, les amis du dehors ne cessent de lui crier aux oreilles qu'elle est le jouet du diable, qu'il prend la forme du Sauveur pour agir en elle, tant et si bien qu'elle subit une véritable suggestion ; on tourne son imagination du côté de Satan, il va paraître.

« Cinq ou six grands serviteurs de Dieu, écrit-elle, s'étaient assemblés à mon sujet ; je sus de mon confesseur qu'ils s'accordaient à dire que ce que j'éprouvais venait du Démon et que je ferais bien de me distraire de toutes ces pensées obsédantes : les uns traitaient de rêveries mes paroles, les autres assuraient que j'étais dans l'illusion ; plusieurs avertissaient mon confesseur d'être sur ses gardes par rapport à moi ; il paraissait être de leur sentiment, quoiqu'il cherchât toujours à me consoler, mais beaucoup de personnes lui assuraient que je n'étais pas dans le bon chemin. »

Higa. — « Un de mes directeurs commença à me dire qu'il était clair que le démon était l'auteur de ces visions, il m'ordonna que toutes les fois que l'esprit des ténèbres m'en procurerait, puisque je ne pouvais l'en empêcher, je fisse contre lui un signe de mépris. » Or le remède que ce confesseur conseillait contre les démons était véritablement étrange pour une nonne. Arnaud d'Andilly et Chanut ont mal traduit le mot castillan Higa : suivant le dictionnaire de l'Académie espagnole il signifie l'action de moquerie par laquelle on montre à quelqu'un le poing fermé et le pouce placé entre l'index et le doigt du milieu ; c'est ce qu'on exprime en français par la locution : faire la *figue*. De nos jours, les prêtres hésiteraient probablement à employer de tels moyens, mais au XVI^e siècle, ils n'éprouvaient pas ces scrupules de fausse pudibonderie ; ils croyaient au diable et pensaient, avec la figue, le vexer prodigieusement.

Hallucination de l'enfer. — Voici son hallucination de l'enfer : « Étant un jour en oraison, il me sembla que je me trouvais, sans savoir comment, toute vivante en enfer.

Cela se passa en très peu de temps ; mais quand je vivrais jusqu'à une extrême vieillesse, il me serait impossible d'en perdre le souvenir. L'entrée m'en parut comme une petite ruelle longue et étroite ou comme un four bas. Le fond me sembla une eau bourbeuse fort sale, d'une odeur empestée et pleine de toutes sortes de bêtes venimeuses. Au bout, il y avait un trou dans le mur, comme une armoire, où je me vis mettre fort à l'étroit. Je sentis dans l'âme un feu que je ne puis rendre ni même concevoir et dans tout mon corps, des douleurs insupportables. J'éprouvai une agonie d'âme en pensant que ces tourments devaient durer toute l'éternité. Dans ce lieu effroyable, il n'y a pas de consolation à attendre, ni d'espace pour s'asseoir ou se coucher de manière qu'on étouffe de tous côtés ; il n'y a pas de lumière : tout est ténèbres, et ténèbres très obscures. On ne laisse pas de voir, malgré cela, tout ce qui peut faire peine aux yeux. Cette vue de l'Enfer m'a fait prendre un vif intérêt à tant d'âmes qui se perdent, surtout parmi les hérétiques ; je donnerais volontiers ma vie pour en sauver une seule ! Combien ne doit-on pas être sensible aux douleurs si grandes de l'enfer auxquelles tant de personnes s'exposent ! »

Cette description de l'enfer qui consiste à être enfermé dans une armoire obscure creusée dans un mur est loin de la description poétique de l'Enfer de Milton ou de la grandeur épique de l'Enfer du Dante ; l'imagination de sainte Thérèse ne s'est pas mise en campagne pour nous offrir le sombre tableau d'un enfer espagnol. Mais la sainte, disons-le, mieux que le Dante, a su montrer sa bonté de cœur, en offrant sa vie pour sauver une âme damnée ; c'est une douceur dans le tableau.

Hallucinations démoniaques. — Bien des fois encore, Thérèse, dans cette période de deux années, aura des hallucinations démoniaques ; il serait même plus véridique de dire que le diable est toujours autour d'elle, lui parlant, se montrant, se tenant à ses côtés : « En effet, dit-elle, il

m'est arrivé plusieurs fois de voir les démons à mon côté gauche très distinctement; mais lorsque je voyais Notre-Seigneur avec eux, ce m'était un extrême supplice de me servir à son égard de la *higa*, ce signe de moquerie, et l'on m'aurait plutôt mise en pièces que de me persuader que le démon prenait le corps de Jésus ».

Le démon lui apparaissait quelquefois sous des formes horribles; il lui parlait d'un ton menaçant, avec des gestes et des grimaces épouvantables; plus souvent encore elle le sentait à ses côtés, comme autrefois, dans les visions psychiques, mais avec les yeux du corps.

Il agitait son corps sans qu'elle fût maîtresse d'en arrêter les mouvements; quelquefois alors, elle se donnait malgré elle de grands coups à la tête, aux bras et par tout le corps. Ceux qui étaient dans le voisinage entendaient le bruit des coups et croyaient que le démon frappait Thérèse; elle ne sortait de ces crises que toute brisée, comme si on l'eût frappée avec un bâton. Elle ouït un soir que les démons allaient l'étrangler, et lorsqu'elle les eut chassés avec de l'eau bénite, elle en vit une foule qui s'enfuyaient en se précipitant les uns sur les autres.

L'HALLUCINATION DU MAUVAIS PRÊTRE. — « M'approchant un jour de la Table de communion, je vis deux démons qui entouraient avec leurs cornes la gorge du prêtre célébrant la messe; Notre-Seigneur était dans ses mains avec un grand éclat de majesté.

« Ces démons, ô mon Dieu, avaient l'air épouvanté de votre présence, et il semblait qu'ils eussent pris la fuite, si vous le leur eussiez permis. Notre-Seigneur me dit alors de prier pour ce prêtre, et de comprendre la force de la consécration qui avait lieu, même entre les mains d'un ennemi de Dieu. » Le tableau de ce prêtre tenant l'hostie avec le cou engoncé dans les cornes de deux diables, loin de me toucher, me paraît une hallucination quelque peu extravagante, quoi qu'en dise Thérèse.

« Étant un jour dans la chambre d'un homme décédé

après une mauvaise vie, je vis plusieurs démons le prendre dans leurs griffes, se l'arracher les uns les autres et le maltraiter. »

HALLUCINATIONS CÉLESTES. — Après les hallucinations diaboliques, en voici de moins terrifiantes : un jour qu'elle priait pour un de ses confesseurs décédé, elle le vit sortir de terre à côté d'elle, du côté droit, et monter au ciel avec une grande joie. Elle vit de même, pendant qu'on chantait l'office des morts pour deux religieuses décédées, leurs âmes s'envoler au ciel. « Je vis aussi, pendant le grand recueillement d'une messe, un Père de notre ordre, mort dans une autre ville, monter au ciel, sans passer par le purgatoire. Je sus depuis qu'il était mort à la même heure où j'avais eu cette connaissance. »

J'ouvre une parenthèse pour livrer, sans y croire, cet exemple de télépathie aux personnes qui s'en occupent; c'est quatre siècles plus tôt, le fait de Swedenborg voyant, d'une ville d'Allemagne, un immense incendie allumé dans un quartier de Stockholm.

LA GUÉRISON D'UN AVEUGLE. — Décrivons encore quelques autres hallucinations célèbres : « Un jour où je priais pour un aveugle demandant sa guérison, Notre-Seigneur m'apparut : il me montra la plaie de sa main gauche, d'où il tirait avec sa main droite un grand clou fort enfoncé qui sortait avec beaucoup de chairs saignantes; cela me causait une grande peine. « Il avait déjà souffert tout cela pour « moi, me fut-il dit, c'était donc peu de faire quelque « chose pour cet aveugle. » Comme je redoublais mes prières au Seigneur attaché à la colonne, j'entendis une voix extrêmement douce, comme sortant d'un instrument de musique.

« Au bout d'un mois que je priais toujours Dieu pour le même sujet, je vis un diable qui déchirait avec dépit des papiers qu'il tenait à la main. » Comme on le voit, bien que Dieu et Diable s'en fussent mêlés, cette cure se fit long-

temps attendre : Thérèse vivait dans les temps reculés, bien antérieurs au chemin de fer et à l'électricité ; aujourd'hui, c'est à la vapeur que se font les guérisons et le miracle est compris dans le billet circulaire des pèlerins pour Lourdes.

*Autres hallucinations.* — Sainte Thérèse eut encore une hallucination qui fut cause de la construction du plus grand couvent du Carmel, celui de Saint-Joseph d'Avila; comme pour cette affaire elle était très perplexe, il arriva qu'un jour Notre-Seigneur lui ordonna de vive voix d'entreprendre en toute hâte l'édification de ce monastère; c'est ainsi que l'hystérie peut faire sinon de grandes choses, du moins de grands bâtiments; on l'a bien vu, dans ces derniers temps, par la construction de la basilique de Montmartre, due à l'hystérie de Marie Alacoque.

On connaît la faculté qu'ont certains aliénés hystériques de pouvoir produire à volonté des hallucinations de l'ouïe; j'en ai cité un cas au *Congrès de Nancy* analogue à celui de M^lle^ Couësdon. Or sainte Thérèse avait de telles hallucinations; dans ses *Avis*, elle raconte que, voulant donner un règlement, elle entra dans un profond recueillement : « Alors j'entendis que Notre-Seigneur m'ordonnait de dire de sa part aux carmes déchaussés qu'ils s'efforçassent d'observer trois choses et que leur ordre irait, grâce à cela, toujours s'accroissant. La première chose... etc.... Cela m'arriva en l'année 1579 et attendu que c'est la vérité même, je l'atteste par ma signature ».

Les exemples précédents sont assez nombreux et assez nets pour prouver les hallucinations de la vue et de l'ouïe de sainte Thérèse; nous allons parler maintenant des hallucinations de la sensibilité générale et des organes génitaux en particulier.

HALLUCINATIONS DU TACT. — Certains aliénés, surtout des hystériques, ont des troubles du tact qui, au lieu d'être localisés aux extrémités des nerfs de la peau et des muqueuses, se produisent dans les masses musculaires et dans

les autres tissus intérieurs : ce sont des troubles de la sensibilité générale, anesthésies ou hyperesthésies profondes qui sont le point de départ d'idées fausses et d'actes déraisonnables : ces aliénés ont la sensation, par exemple, que leurs corps sont devenus lourds comme ceux des éléphants ou des hippopotames; ils ne peuvent plus, croient-ils, remuer leur masse. D'autres au contraire, ce sera le cas de sainte Thérèse, se figurent être sans pesanteur ; ils croient en marchant ne plus toucher terre : comme Camille, reine des Volsques, non seulement ils ne font pas courber sous leurs pas les épis des moissons, mais encore ils prétendent s'élever et voler comme des anges ; alors, sous l'influence de cette sensation, se produisent de nombreuses aventures et parfois des accidents fort graves : un mystique se lance par la fenêtre dans la direction du ciel; à sa grande stupéfaction, il est ramassé avec des fractures variées ; un autre grimpe sur un arbre et se précipite dans l'espace, très étonné, avec un corps léger comme une plume, de se retrouver à terre en très piteux état.

Sainte Thérèse eut une hallucination de cette nature, qui fut regardée, dans son temps, comme un miracle : très bien décrite dans ses mémoires, elle est fort intéressante pour des médecins et des philosophes. « Il faut ici du courage, écrit-elle, car on est enlevé malgré soi, avec une telle violence que souvent je voulais tenir ferme et j'employais toutes mes forces, surtout quand cela me prenait en public. Quelquefois j'y réussissais un peu, mais *avec un grand effort de tête*, comme une personne qui combattrait un géant, et j'en restais tout abattue. »

D'autres fois je n'y pouvais rien, le corps entier était enlevé de manière à ne plus toucher terre : cela m'est arrivé une fois, entre autres, que nous étions à genoux, prêts à communier. — D'autres fois, lorsque je m'en apercevais, particulièrement un jour où des dames de la première qualité entendaient le sermon, je m'étendis à terre pour qu'on ne s'aperçût pas de ce que j'éprouvais. Lorsque je voulais résister, je sentais sous mes pieds une force si grande me

soulever, que je ne sais à quoi la comparer; ma frayeur était excessive; eh! qui n'en aurait pas eu de voir ainsi son corps enlevé de terre, car, quoique Dieu soit de la partie et que ce soit lui qui l'entraîne, on s'aperçoit cependant de ce qui se passe et la frayeur va jusqu'à faire dresser les cheveux sur la tête. »

(*A suivre.*)

---

# SOCIÉTÉS SAVANTES.

---

## XII^e CONGRÈS
## DES MÉDECINS NEUROLOGISTES ET ALIÉNISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

*Tenu à Grenoble du 1^er au 7 août 1902*

Le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française s'est brillamment ouvert à Grenoble le vendredi matin 1^er août, à l'Hôtel de Ville, sous la présidence de M. Gontard, adjoint au maire de Grenoble.

M. Gontard était entouré de M. le D^r Régis, de Bordeaux, président du Congrès; M. le D^r Gilbert Ballet, professeur agrégé de la Faculté de Paris; M. Mottet, conseiller de préfecture, représentant M. le Préfet; M. Boirac, recteur d'Académie; M. le D^r Bonnet, médecin en chef de l'asile Saint-Robert, secrétaire général du Congrès; M. le docteur Bordier, directeur de l'Ecole de Médecine. Dans l'assistance, de nombreux professeurs et médecins étrangers, tels que MM. Joffroy, Brissaud, Bourneville, Deny, Séglas, Legrain, A. Marie, Boissier, Chervin, de Paris; Pierret, Carrier, de Lyon; Keraval (d'Armentières), Gilbert Petit (du Mans), Girauder Hamel (de Rouen), Ladame, de Genève; Fontanille, avocat général à Grenoble; Sixto-Arman, d'Oviedo (Espagne); Obregia, de Bucharest; Mendessholn, professeur de physiologie, à Saint-Pétersbourg; Crocq, de Bruxelles; etc.

Rappelons que le Comité d'organisation était ainsi com-

posé : *Présidents d'honneur :* M. Boncourt, préfet de l'Isère ; M. S. Say, maire de Grenoble ; M. le docteur Bordier, directeur de l'Ecole de Médecine ; M. le docteur Dufour, ancien député ; M. Boirac, recteur de l'Académie. — *Présidents d'honneur étrangers :* MM. les professeurs Arman, Ladame, Obrégia, Mendessholn. — *Présidents effectifs :* MM. Régis, Ballet, Carrier, Pitres, Grasset, Brissaud. — *Vice-présidents :* MM. les Drs Deny, de la Salpêtrière, et Marie, de Villejuif.

## Discours de M. Gontard

M. Gontard, en l'absence de M. le Maire de Grenoble, a prononcé le discours d'ouverture suivant :

Messieurs,

Absent de Grenoble, M. le maire n'a pu se rendre à la séance d'ouverture de votre congrès, il m'a chargé d'être son interprète et celui de toute la municipalité pour vous souhaiter la bienvenue parmi nous. Je m'acquitte volontiers de cette mission et je vous remercie cordialement, Messieurs, d'avoir choisi Grenoble pour tenir vos assises.

Vous trouverez ici un milieu favorable à vos travaux. Notre ville, qui s'honore d'avoir en tous temps aimé les sciences, les lettres et les arts, a donné à la science médicale des noms illustres. Permettez-moi de citer Villars, Laugier, Billerey et ce jeune docteur, mort victime de son dévouement et dont on rappelait récemment le souvenir glorieux à l'occasion du centenaire de l'Internat, je veux parler d'André Mazet.

J'ai parcouru l'ordre du jour de votre congrès. Les questions que vous allez traiter échappent pour la plupart à ma compétence, mais j'en aperçois la portée bienfaisante. Vous voulez conserver et préserver en chacun de nous cette source de lumière, ce foyer d'intelligence qui nous rend accessibles à toutes les beautés du monde matériel et moral.

A notre époque de vie intense et de surmenage, les maladies mentales font des progrès inquiétants. Si de vos études, si de l'échange de vues auquel vous allez vous livrer, il pouvait sortir, — comme j'en ai l'absolue confiance, — un résultat ou une indication capables d'enrayer ce fléau, vous auriez, Messieurs, bien mérité de l'humanité.

Vous allez consacrer quelques jours à l'examen de cet intéressant problème, puis vous vous reposerez en parcourant les sites pittoresques dont notre région abonde. Puissiez-vous être charmés par notre hospitalité et par notre pays et éprouver le désir de revenir

bientôt parmi nous. Nous serons toujours heureux de vous revoir (*Applaudissements*).

## Discours de M. le Dr Régis

M. le Dr Régis a pris ensuite la parole en ces termes :

Le jour où, après des maîtres éminents tels que mon prédécesseur immédiat, M. Ballet, j'ai été choisi par mes collègues pour présider la session actuelle de leur congrès, j'ai reçu d'eux le plus grand honneur de ma vie professionnelle. Je tiens avant toute chose à les remercier du fond du cœur.

Ce devoir accompli, j'ai l'agréable mission d'exprimer la sincère reconnaissance des membres du Congrès vis-à-vis de tous ceux qui nous ont préparé l'aimable et généreux accueil qui nous est fait.

Je remercie tout d'abord M. le maire de Grenoble et son conseil municipal qui, dès le premier instant et sur l'initiative heureuse de notre collègue de Villejuif, le docteur Marie, nous ont spontanément offert l'hospitalité et qui, aujourd'hui, dépassant nos espérances et leurs promesses, nous reçoivent si bien et avec de si cordiales paroles de bienvenue.

Je remercie le Conseil général de l'Isère, ainsi que la commission de surveillance et la direction de l'Asile de Saint-Robert qui, en décidant de nous faire les honneurs de cet établissement et de nous y recevoir, suivant l'usage de nos congrès, ont bien voulu se souvenir que nous nous rattachions par des liens étroits à l'Administration et aux grands services hospitaliers des départements.

Merci au docteur Bordier, l'éminent anthropologiste et sociologue, le directeur de l'Ecole de Médecine de Grenoble, devenue entre ses mains presque une Faculté, pour son empressement à mettre à la disposition du Congrès, en vue de ses séances, l'élégant palais de l'enseignement médical de la cité.

Merci à nos excellents confrères du corps médical grenoblois, si distingué et si réputé.

Merci enfin à tous qui, par leur présence à cette solennité, nous donnent aujourd'hui un si précieux témoignage de sympathie, en particulier à M. le recteur Boirac qui figure ici à double titre : comme chef de la vieille et illustre Université de Grenoble, comme l'un des plus distingués représentants de cette école de psychologie scientifique dont le principe est que la physiologie et la pathologie de l'esprit doivent s'appuyer l'une sur l'autre et s'éclairer réciproquement.

Ainsi reçus, avec, en plus, les belles excursions qui nous attendent, si parfaitement organisées par notre dévoué secrétaire général, le docteur Bonnet, de Saint-Robert, nous sommes assurés, au point de vue matériel, du succès de notre réunion qui, pour la

première fois, a atteint et même dépassé le chiffre imposant de 200 adhésions.

Mais l'agrément n'est pour nous que l'accessoire, si tentante que soit cette courte halte d'un jour au milieu de vos splendides montagnes, après une année de rude labeur. Poursuivant lentement notre tâche sociale, nous sommes ici, avant tout, pour étudier en commun quelques-uns des maux qui frappent l'homme dans son système nerveux, et chercher les meilleurs moyens de l'en préserver ou de l'en défendre.

Puisse le Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Grenoble ne pas demeurer stérile et réaliser, à cet égard, quelque progrès et quelque bien.

Nous regrettons de ne pouvoir reproduire ici en entier le discours fréquemment applaudi de M. le Dr Régis.

*Séance du 1er août (soir).*

Après avoir visité l'Hôtel de Ville, le Musée, la Bibliothèque, les Congressistes se sont réunis à l'Ecole de Médecine où les a recus M. le Dr Bordier, directeur de l'Ecole de Médecine de Grenoble, qui a prononcé le discours suivant :

DISCOURS DE M. LE Dr BORDIER

Messieurs,

Je suis heureux de saluer, au nom de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie (j'ajoute au nom du corps médical de Grenoble), dans la personne de leur distingué Président, M. le professeur Régis, les membres du XIIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, qui ont choisi notre ville pour y tenir, cette année, leurs assises annuelles. Je me sens fort honoré d'avoir à accueillir, dans cette Ecole, les confrères, les collègues et les maîtres éminents, qui vont jeter sur nous, pendant quelques jours, l'éclat de leurs noms et de leurs travaux.

Vous serez, Messieurs, conduits dans notre pays par votre secrétaire général, mon ami le Dr Bonnet, dont vous avez déjà pu apprécier l'activité et dont vous goûterez le dévouement et l'originalité d'esprit, lorsque vous aurez parcouru, avec lui, l'asile de Saint-Robert, dont il est le distingué médecin en chef. Il a su, en artiste qu'il est, marier, dans l'emploi de votre temps, les riants paysages avec l'autorité de vos discussions. Il a su mettre, autant que possible, de la variété dans vos occupations, car il sait que ce que vous aimez, avec raison, à rencontrer en parcourant les diverses régions de la France, c'est la diversité dans le type, dans le costume, dans

le langage, dans le milieu tout entier, en un mot, le pittoresque et la couleur locale ; malheureusement vous avez dû constater plus d'une fois qu'il était temps de se hâter pour jouir de la couleur locale ; elle disparaît chaque jour davantage sous l'action d'une centralisation excessive, qui tend à tout uniformiser. Vous trouvez déjà partout le même hôtel, le même banquet, le même menu ; je voudrais bien pouvoir ajouter que vous trouvez aussi le même discours, car vous en entendez partout d'excellents, mais je crains que ce soit ici précisément que la diversité commence !

Partout, sauf sur ce dernier point, vous désirez du changement. Il est cependant une chose que vous voulez conserver immuable ; vous avez, en conséquence, la précaution de la maintenir partout autour de vous, comme une atmosphère indispensable, qui se déplace avec vous et au centre de laquelle vous vivez, circulez et vous vous sentez vivifiés. Cette atmosphère, ce milieu nécessaire, c'est la *mentalité médicale*.

Quel que soit, en effet, notre pays d'origine, quel que soit notre caractère, quelles que soient nos mœurs, nos habitudes personnelles, nous avons une certaine mentalité commune à nous tous, qui résulte de la nature de nos études et de la direction habituelle de notre esprit. Le médecin est habitué à considérer la genèse et l'évolution des formes et des phénomènes, à reconnaître partout l'action des forces naturelles, soit au moment où elles donnent naissance aux organismes, soit, plus tard, lorsqu'elles les sollicitent à chaque instant, en les transformant ; il est accoutumé à compter avec les lois de l'hérédité, comme avec les variabilités individuelles ; aussi contemple-t-il les hommes et les choses d'un œil équitable et tolérant. Il est convaincu, par l'expérience, que tout dans la nature est relatif et contingent ; et comme il a renoncé à la recherche chimérique de l'absolu des mathématiciens, il tient compte de toutes les ambiances, sachant bien que tout phénomène est toujours à la fois un effet et une cause.

Vacciné par ses études contre le subjectivisme de la pensée, il ramène tout à l'étude objective de la nature, parce qu'il sait que ses réalités tangibles et palpables sont les sources intarissables de tout *art*, comme de toute *science* et de toute *philosophie*. J'ajoute que, nulle part, plus que dans une assemblée d'aliénistes et de neurologistes, on ne rencontre cette mentalité à un degré plus élevé.

L'appellation de *neurologistes* n'est-elle pas, à elle seule, tout un programme, ne marque-t-elle pas, à elle seule, un progrès ? Le psychiatre d'autrefois confinait volontiers à l'exorciseur, à moins que ce ne fût au sorcier. Tous les trois se croyaient, plus ou moins, les artisans du surnaturel, les manieurs de l'immatériel. Depuis le sorcier médecin qui, chez les primitifs, trépanait le crâne d'un épileptique, d'un hémiplégique ou d'un halluciné, jusqu'à l'inqui-

siteur et au psychiatre lui-même, tous croyaient, plus ou moins, avoir à lutter contre un esprit dont les exploits fantaisistes ne prenaient fin qu'après son expulsion.

Pour la provoquer, la main s'arma d'abord d'un silex taillé, du feu plus tard, plus tard encore elle se borna à être imposée doucement, lentement sur le front du possédé, en même temps que des paroles magiques complétaient son action. Il ne s'agissait point encore de malades ; il n'était question que de coupables. Seul Jean de Wier nous apparaît, au XVIe siècle, à la lueur des bûchers allumés par ses contemporains, tendant aux démoniaques, au risque de se perdre lui-même, une main médicale, c'est-à-dire secourable. Mais son geste est isolé et il nous faut attendre le grand Pinel pour voir commencer l'évolution qui doit transformer la prison en un asile hospitalier.

Vous-mêmes, Messieurs, malgré vos efforts, n'êtes pas encore arrivés à tracer la démarcation exacte entre le coupable et le malade, parce que la justice vous demande souvent des réponses trop précises sur ce qu'elle nomme encore, d'une manière trop absolue, la responsabilité et le libre arbitre. Néanmoins tous, aujourd'hui, vous considérez les troubles de la moelle et ceux du cerveau, du même point de vue que ceux du *cœur*, du *rein* ou du *foie* : là ou vos prédécesseurs presque immédiats rêvaient encore *esprit*, *démon*, *perturbation de la force nerveuse*, vous prononcez les mots de *sclérose*, de *thrombose*, bien souvent d'*autointoxication*. Vous ramenez les troubles de la pensée, aussi bien que ceux de la sensibilité ou de la motilité, comme un effet à une cause, à des processus nutritifs ou à des intoxications chimiques.

Mais voici qu'un phénomène inattendu s'est produit : il est arrivé ceci, qu'alors que vous borniez votre ambition à reconnaître les malades et à les guérir, la pathologie vous a, comme malgré vous, fait entrer dans le domaine de la physiologie. Vous cherchiez à démêler l'écheveau des troubles mentaux, et ce sont les lois physiologiques de la pensée la plus précise que vous êtes en train de découvrir !

La *psychologie* est devenue, grâce à vous, un chapitre de la *physiologie* et vous apportez dans son étude votre méthode habituelle d'induction, qui rassemble les faits, les observations, pour en faire plus tard une vaste synthèse.

Aussi par cela seul que vous aviez fait de la psychologie une science biologique, vous avez commencé à apporter de l'ordre dans le chaos de l'ancienne métaphysique. Aussi bien n'est-ce pas la première fois que le médecin devient, par la force des choses, physiologiste. Déjà l'observation des troubles moteurs de la maladie d'Addison a mis sur la voie de la fonction des *capsules surrénales ;* c'est le myxœdème et le crétinisme goitreux qui ont donné l'idée des fonctions du *corps thyroïde ;* n'est-ce pas la lésion de la

troisième circonvolution frontale qui a fait de Broca un initiateur dans la découverte des localisations cérébrales ?

Du jour où la *psychologie* est devenue biologique, elle est devenue *expérimentale*. Le temps n'est plus, en effet, où ceux qu'attiraient les problèmes qui vous occupent, n'avaient d'autre procédé que de se prendre le front dans les deux mains, et, les yeux fermés, de pratiquer l'*introspection* de leur pensée. Ils n'oubliaient qu'une chose, c'est que leur situation était un peu celle d'un homme qui tenterait de s'enlever lui-même, en prenant son propre corps entre ses bras contractés dans un effort impuissant.

Aujourd'hui, vous recueillez les documents les plus simples, les plus dédaignés jadis : les premiers dessins d'un enfant, ses premiers mots, ses gestes, ses jeux, tout vous apporte un renseignement. Par le calcul mental, par la chronométrie mécanique, vous mesurez la vitesse des sensations et des perceptions ; tous les sens sont interrogés. La pensée est mesurée, analysée dans sa genèse et dans sa structure. Signe des temps : on voit des Facultés des Lettres elles-mêmes laisser, pour un moment, les longues dissertations sur les facultés de l'âme et établir, chez elles, des laboratoires, avec le concours des mécaniciens, des physiciens et des chimistes.

Une fois lancé dans cette voie, on s'est souvenu des services que la connaissance de la physiologie animale avait déjà rendus à la physiologie de l'homme, et nous voyons maintenant le Muséum d'histoire naturelle de Paris donner asile à un laboratoire de *psychologie zoologique*. Vocable assurément nouveau, mais établissement peut-être rêvé par Descartes qui y serait sans doute venu, comme il l'écrivait à P. Marsenne : « anatomiser les têtes de divers « animaux pour expliquer en quoi consistent l'imagination et la « mémoire ».

Sur son frontispice, on pourrait graver cette phrase de Montaigne, que je prends plaisir à citer devant quelques-uns de ses compatriotes, qui m'entendent :

« La présomption est notre maladie naturelle et originelle.... « c'est par vanité que l'homme s'attribue des conditions divines, « qu'il se trie soi-même et sépare de la presse des autres créatures, « taille les parts aux animaux ses confrères et compagnons..... « ..... comment « connait-il les bransles internes et secrets des animaux ? par « quelle comparaison d'eux à nous conclut-il à la bêtise qu'il leur « attribue ? quand je me joue à ma chatte, qui sait si elle passe « son temps de moi, plus que je ne fais d'elle ? »

Pour la philosophie scientifique, l'antique Ψυχή est aujourd'hui encadrée dans l'ensemble des forces de la nature ; elle ne diffère en apparence des autres forces que par la disposition des éléments anatomiques, qui l'en détachent un moment, en la spécialisant.

La force psychique est susceptible, comme toutes les forces, d'être mise en équation avec la chaleur, la lumière, le mouvement, l'électricité. Elle est justiciable des instruments de recherche de la physico-chimie et c'est attirés par cette idée que, du monde entier des savants viennent à Paris s'inscrire pour faire des expériences psychologiques à l'*Institut psychologique international*.

Où vous arrêterez-vous, Messieurs ? A mesure qu'on étudie les forces biologiques, on voit s'étendre l'aire des forces naturelles. Derrière celles que nous croyons connaître, il en apparaît de nouvelles, soupconnées déjà par l'empirisme séculaire, célébrées dans les légendes, exploitées par quelques audacieux, rejetées jusqu'ici comme n'appartenant pas à la science orthodoxe, admises enfin aux honneurs de l'expérimentation, grâce à l'initiative courageuse de quelques esprits supérieurs exempts de préjugés, même scientifiques.

C'est bien à vous, Messieurs, que revient, en grande partie, le mérite d'avoir fait rentrer ce qu'on croyait l'exception dans la règle, le prétendu surnaturel dans la nature — et d'avoir fait pénétrer les clartés de la science dans ce qu'on nommait, hier encore, le domaine de l'occulte.

MONSIEUR LE RECTEUR,

Vous avez bien voulu honorer de votre présence une réunion de médecins, dont un grand nombre, il est vrai, sont l'honneur des Universités auxquelles ils appartiennent. Si vous avez été conduit ici par votre sympathie pour l'Ecole de Médecine de l'Université de Grenoble, sympathie dont nous sommes très reconnaissants, n'avez-vous pas été attiré en outre, peut-être inconsciemment, par cette *mentalité médicale* dont je parlais tout à l'heure et que vous saviez trouver ici ?

Si vous n'avez pas de diplôme professionnel, vous avez du moins étudié la médecine ; vous l'avez fait en naturaliste et en philosophe, c'est-à-dire dans les deux dispositions d'esprit les plus nécessaires au médecin. Vous appartenez d'ailleurs à cette Ecole de psychologie expérimentale qui caractérise notre époque : aussi les membres de ce Congrès saluent-ils en vous, mieux qu'un confrère, un coreligionnaire, car vous avez, comme eux, le culte de la *Science libératrice*. L'Université de Grenoble, qui est heureuse de vous avoir à sa tête, n'a-t-elle pas précisément pour devise :

*Veritas liberabit.*

MESSIEURS,

Je ne veux pas retarder plus longtemps vos travaux. Vous allez tenir dans cette Ecole la plupart de vos séances. — Vous êtes ici

chez vous ! — La maison n'est pas grande, mais elle vous appartient ! Je voudrais maintenant que, par un de ces prodiges auxquels la science nous habitue aujourd'hui, ces murs puissent conserver l'empreinte de vos paroles; je voudrais que tous ceux qui, en dehors de la science, s'intéressent, par profession, à la chose publique, à l'administration d'un pays, à l'art de gouverner les hommes, puissent prendre ici des leçons.

A l'heure où toutes les sciences se préoccupent de leur utilité sociale, la médecine, dont cela a toujours été la destination, la médecine mentale, plus que toute autre, a le droit d'être écoutée. Les questions de l'alcoolisme, de l'hérédité, de l'éducation, de la responsabilité, celles même des conditions du travail, qui les connaît mieux que vous et peut, mieux que vous, éclairer les pouvoirs publics sur les questions d'hygiène et de prophylaxie sociale ?

C'est bien à la médecine, en particulier à la médecine mentale, à la neurologie et à la psychologie expérimentale, que peut s'appliquer ce jugement de Leibnitz, par lequel je veux terminer : « Le rôle des sciences est de bâtir des systèmes d'une connais- « sance solide, fondés sur des démonstrations et des expériences « et propres à avancer le bonheur de l'humanité. »

Après ce discours très applaudi, le Congrès a commencé ses travaux par l'exposé et la discussion du rapport de M. Lalanne sur les « états anxieux dans les maladies mentales » :

## DES ÉTATS ANXIEUX DANS LES MALADIES MENTALES

M. Gaston Lalanne, médecin-directeur de la maison de santé de Castel d'Andorte, docteur ès sciences, rapporteur.

Au cours de ces dernières années, il s'est dessiné un mouvement très net qui tend à unir la psychologie à la clinique. La question des états anxieux dans les maladies mentales vient donc bien à son heure, car l'anxiété ou l'angoisse, qui en est le caractère dominant, est à la fois du domaine du psychologue et du clinicien. L'anxiété comme manifestation pathologique est sans objet, le malade l'éprouve sans savoir pourquoi, il est anxieux malgré lui. Les états anxieux furent longtemps confondus dans les maladies de l'émotivité et du sens émotif dont on ne tarda pas à séparer la mélancolie anxieuse, puis on finit par reconnaître qu'à la base des états émotifs on rencontre presque toujours l'*anxiété ou l'angoisse*, mais c'est surtout dans ces dernières années, qu'en étudiant certains états qui tiennent à la fois de la névrose et de la psychose on est arrivé à isoler l'anxiété du groupe général des émotions et

à lui assigner son véritable rôle dans la constitution des états anxieux.

La question des états anxieux dans les maladies mentales se réduit donc en quelque sorte à la séméiologie de l'anxiété.

Pour le clinicien, l'anxiété se présente sous forme de malaises dus à un très grand nombre de troubles qui atteignent l'organisme tout entier et intéressent toutes les fonctions. Parmi ces désordres, les uns sont physiques, les autres affectifs et intellectuels.

Parmi les troubles physiques, nous signalerons ceux de la sensibilité générale et spéciale, les anesthésies, les hyperesthésies des organes des sens, les phénomènes de rétractation de la peau, la sensation de froid aux cheveux, d'horripilation, l'asthénie motrice, le tremblement musculaire, l'incoordination des mouvements volontaires, les troubles de l'élocution, le vertige de locomotion. Les troubles circulatoires sont au premier rang des symptômes de l'anxiété; il y a des spasmes du cœur dont le sujet a conscience, donnant la sensation d'un malaise grave, allant jusqu'au sentiment de fin prochaine. Le pouls présente une accélération considérable, puis un ralentissement persistant pendant assez longtemps. Beaucoup des phénomènes de l'anxiété sont sous la dépendance du système vaso-moteur, tels que la pâleur et la rougeur de la face, le refroidissement des extrémités. L'hyperesthésie auditive pourrait être en rapport avec un phénomène vaso-moteur cérébral. Les troubles respiratoires sont dus à la contraction des muscles respiratoires, le rythme est modifié, l'inspiration est saccadée, entrecoupée de soupirs. Quelquefois il y a suspension de la respiration en expiration. Les troubles digestifs sont principalement caractérisés par l'attaque de diarrhée. Les troubles secrétoires sont de la polyurie, de la séborrhée; d'autres fois la salive est tarie et la bouche est sèche. Il y a quelquefois de véritables attaques sudorales localisées aux mains et à la face.

Parmi les phénomènes intellectuels et affectifs, nous trouvons l'attente anxieuse, les phobies, les obsessions, la diminution de l'intelligence, le défaut d'attention, la perte de la mémoire, le défaut de jugement, la confusion, la faiblesse mentale. Il y a tantôt arrêt subit des représentations, tantôt au contraire, rapidité anormale d'évocation des images. En somme, il n'est guère une portion du territoire organique ou intellectuel qui ne soit frappée dans l'anxiété; et comme la personnalité humaine n'est qu'un complexus qui en dernière analyse peut se ramener aux trois conditions : organiques, effectives, intellectuelles, nous pouvons conclure que le trait caractéristique de l'anxiété est une altération de la personnalité.

Nous arrivons maintenant à la constitution des états anxieux. Le terme de passage entre les névroses et les psychoses à base d'anxiété nous est fourni par la *névrose d'angoisse*, dont on a voulu

faire un type morbide distinct de la neurasthénie et auquel on a reconnu un certain nombre de symptômes cliniques. Au point de vue étiologique, la névrose d'angoisse reconnaîtrait toujours pour cause un besoin sexuel insatisfait. La majorité des opinions est qu'il n'y aurait pas une *névrose d'angoisse constituant* une entité morbide distincte, mais un *syndrome d'angoisse* qui s'associe à diverses maladies, en particulier à la neurasthénie et à la mélancolie, de façon à lui donner le caractère de *névrose* ou de *psychose d'angoisse*. Le terme de transition entre la mélancolie simple, sans délire, et la mélancolie anxieuse, nous est fourni par la mélancolie avec angoisse précordiale (Krafft-Ebing), c'est-à-dire par des crises d'angoisse paroxystique survenant principalement le matin, au cours d'une mélancolie *sine delirio*. La mélancolie anxieuse est par excellence la psychose d'angoisse. Le syndrome anxiété donne à la mélancolie délirante un aspect particulier par suite des altérations de la personnalité qui en sont la conséquence. Aussi a-t-on pu distinguer une forme aiguë et une forme chronique, cette dernière à la suite des travaux remarquables de Cotard et de Seglas. La mélancolie anxieuse chronique présente une évolution systématique, qui rappelle l'évolution du délire des persécutions de Lasègue. On y remarque les phases suivantes : 1° une phase de mélancolie primitive; 2° une période de doute (Vallon) décrite par Lasègue sous le nom de mélancolie perplexe (Ritti); 3° un délire mélancolique avec idées de négation, de damnation, de possession, traduisant toute une altération de la personnalité; 4° une phase de mégalomanie qui se déduit logiquement des idées de négation, véritable mégalomélancolie, selon l'expression de M. Régis, et à laquelle Cotard a donné le nom de délire d'énormité. Bien que le délire des négations comporte un pronostic grave, la maladie n'est cependant pas incurable.

*Psychoses d'obsession progressive.* — A la suite du rapport de Falret au Congrès de 1889, il a été admis que les obsessions ne se transformaient pas en folie. Depuis cette époque, MM. Pitres et Régis, en France, Wille, Mercklin, Sommer, en Allemagne, ont démontré que la folie pouvait être le résultat de la transformation progressive de l'obsession. Les formes psychopathiques sont la *mélancolie anxieuse* et la *paranoïa rudimentaire* ou délire systématisé raisonnant.

A côté des états que nous venons d'examiner et qui, à cause du rôle prédominant de l'angoisse, méritaient le nom de psychopathies anxieuses, il en est d'autres dans lesquels l'anxiété intervient à titre de symptôme important. Ces états sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le pense, et on peut admettre que toute psychose débute par de l'anxiété. Les formes mentales dans lesquelles l'angoisse se montre le plus souvent, sont : dans la folie des dégénérés, dans les obsessions et les impulsions et dans la manie, la

mélancolie, la folie à double forme, chez les persécutés mélancoliques, dans les psychoses d'intoxication, les troubles mentaux névropathiques, la paralysie générale.

Etiologie : *Fréquence.* Généralement très répandue, principalement chez les dégénérés. — *Causes prédisposantes :* Sexe féminin. *Age :* Paraît avoir une certaine influence sous laquelle se manifeste l'anxiété, on la rencontre en effet sous forme de peurs morbides dans l'enfance et l'adolescence, de névrose d'angoisse à l'âge moyen de la vie, de psychose d'angoisse à l'âge mûr. — *Hérédité:* Joue un rôle de tout premier ordre. — *Pathogénie :* Le rôle particulièrement important du système grand sympathique dans les manifestations de l'anxiété nous fait supposer que, par suite des lois de l'atavisme, l'état affectif qui fut pendant de longues périodes de temps l'unique mode de notre individualité reparaît chez les prédisposés avec la tendance innée à l'émotivité, source de l'anxiété et de l'angoisse. Le *diagnostic* ne comporte aucune difficulté. — *Pronostic:* Généralement grave par suite de tendance à la chronicité et des altérations de la personnalité.

Traitement. — *a) Préventif. Hydrothérapie froide*, pour combattre les causes déprimantes, physiques et morales. *Lutte des anciens*, pour favoriser le réflexe musculaire; moyen intellectuel qui consiste à nous habituer à considérer les objets qui nous effraient. *b) Traitement pharmaceutique.* Nitrite d'amyle, trinitrine, opiacés, laudanum, morphine, codéine, bromure de potassium, chloral, alitement.

M. Brissaud rappelle qu'en 1890, il a émis les mêmes idées que M. Lalanne sur l'anxiété. Lorsque l'angoisse a disparu et que l'anxiété seule persiste, on se trouve en présence d'un simple phénomène cérébral.

M. Dupré trouve que le rapporteur n'a pas insisté sur la pathogénie bulbaire des phénomènes anxieux.

M. Doutrebente. — Dans l'exposé de son rapport et à propos du traitement, M. Lalanne a parlé de l'hydrothérapie froide chez les anxieux; je ne puis pas partager sa manière de voir et estime que, si les douches froides peuvent produire un certain état d'angoisse chez l'homme sain, il est certain qu'on ne doit pas, même en vertu du vieil adage : « similia similibus curantur », y avoir recours pour les anxieux, qui n'y consentiraient pas volontiers d'ailleurs. En pareille circonstance, je me suis bien trouvé de l'emploi du drap mouillé à la condition toutefois de le faire après une torsion énergique dudit drap, devenu alors en état de pratiquer un premier emmaillotement complété par un deuxième, lui-même avec une couverture de laine.

Au sujet de ce rapport, M. Roubinovitch, empêché, dépose une note intitulée : *Contribution clinique à l'étude des auto-intoxications dans les états anxieux.*

Au sujet de la même question, M. Samuel GARNIER envoie une note intitulée : *La médecine légale des états anxieux.*

RÉCEPTION A L'HÔTEL DE VILLE

Le soir, à 8 heures et demie, une réception a eu lieu dans les salons de l'hôtel de ville par la municipalité grenobloise. MM. Duclot et Gontard, adjoints, Porte et Cadot, conseillers municipaux, Villaret, secrétaire général, faisaient les honneurs de la soirée. De nombreuses dames, aux élégantes toilettes, avaient accompagné leurs maris.

Au cours de la réception, M. Gontard a souhaité la bienvenue aux congressistes, espérant qu'ils emporteront de Grenoble l'agréable souvenir d'une ville très hospitalière. Il a levé son verre aux savants dont l'unique ambition est de réduire la somme des maux qui affligent l'humanité ; il boit au succès de leurs recherches et a un mot aimable pour les dignes compagnes de ces philanthropes.

M. Régis, président du Congrès, remercie la ville de Grenoble et la municipalité du bienveillant accueil fait aux congressistes. En un langage élégant et fleuri il fait part des sentiments d'admiration que lui inspire la cité grenobloise, « véritable bijou au milieu du vert écrin des montagnes ».

Il se déclare émerveillé des squares, des places, des avenues, des monuments, de la propreté de ses voies, et il ne peut se défendre d'une certaine émotion au souvenir des grands hommes dont Grenoble est l'heureuse patrie.

« Bayard, Condillac, Beyle-Stendhal, que nous pouvons revendiquer comme l'un des nôtres, car c'était un profond psychologue, sont des illustrations dont une cité a le droit d'être fière. Permettez, dit en terminant le Président du Congrès, au petit-fils de Pinel, de saluer les petits-fils des héros grenoblois qui les premiers poussèrent le cri de « liberté ». Je bois à la ville de Grenoble et à sa croissante prospérité. »

Ce toast salué de nombreux applaudissements marque la fin de la réception.

*Séance du 2 août (matin).*

M. le Dr RÉGIS, de Bordeaux, préside, assisté de MM. Bourneville, Deny et A. Marie.

## DES TICS EN GÉNÉRAL

M. E. Nogues (de Toulouse), rapporteur.

I. *Historique.* — Les anciens n'ont pas décrit le symptôme musculaire que nous désignons aujourd'hui sous le nom de *tic;* néanmoins, la bibliographie de cette question est des plus riches; nous retiendrons surtout la magistrale description de Trousseau, les travaux de Charcot et de ses élèves, de Gilles de la Tourette, de Brissaud, de Magnan, de Pitres et Grasset, de Gilbert Ballet, de Meige et Feindel, dont le récent traité synthétise en une « langue claire, précise et élégante », le résultat de leurs longues et patientes observations.

II. *Délimitation du tic.* — La question du tic paraissant enveloppée d'obscurité, il est nécessaire d'apporter au début de cette étude quelques précisions : Une réaction motrice à laquelle l'écorce cérébrale ne prend pas et n'a jamais pris part n'est pas un tic : si cette réaction motrice est la conséquence de l'irritation pathologique d'un point quelconque de l'axe bulbo-spinal, c'est un spasme; une réaction motrice à laquelle l'écorce cérébrale prend ou a pris part n'est pas un spasme; si ce phénomène moteur où se reconnaît la participation de l'écorce cérébrale prend ou a pris part n'est pas un spasme; si ce phénomène moteur où se reconnaît la participation de l'écorce cérébrale présente certains caractères pathologiques distinctifs, c'est un tic. Nous ne considérons pas comme des tics, mais bien comme des spasmes, les mouvements anormaux dont l'origine organique a été démontrée par l'autopsie, pas plus que les manifestations cloniques survenant à la suite des névralgies; le nom de tic douloureux de la face donné à la névralgie du trijumeau a contribué à produire la confusion. On distraira également du tic certains gestes d'habitude variables à l'infini. Les phénomènes mentaux du tic, méconnus d'abord, bien étudiés depuis par Magnan et ses élèves, ont encore augmenté la confusion; l'importance des troubles mentaux est très grande mais les troubles moteurs ne sauraient être négligés. Le tic purement mental (tic psycho-mental de Cruchet) ne saurait être admis; le rapporteur refuse de faire rentrer les tics dans le chapitre des myoclonies.

III. *Caractères généraux des tics.* — En comparant les diverses définitions données du tic, l'on voit que, pour la majorité des auteurs, le tic est un mouvement *involontaire* que néanmoins la volonté peut modifier, double fait en apparence contradictoire, vérifié cependant par la clinique; les tiqueurs réprimeraient entièrement leurs mouvements intempestifs s'ils étaient capables de vouloir, mais ce sont des *abouliques*. Le tic est une maladie de *l'habitude* dont la répétition se fait hors de propos et avec excès,

survenant souvent lorsque le corps et l'esprit sont *inoccupés*, le geste d'habitude apparaissant au coutraire lorsque l'attention est concentrée. Les tics sont donc volontaires habituels, nous ajouterons alternativement *conscients* et *inconscients*, *coordonnés*, *systématiques*, mais ils ne sont pas que cela ; c'est un des grands mérites du travail de MM. Meige et Feindel d'avoir mis ces caractères nouveaux en lumière. Les tics sont des *perturbations motrices d'actes fonctionnels*, mais le rapporteur ne croit pas devoir comprendre dans les tics, la crampe des écrivains, des pianistes, des danseurs, etc..., se produisant à l'occasion de l'acte fonctionnel dont ils sont l'anomalie; le geste d'occupation seul fait naître ceux-ci. Au contraire, une escarbille entre dans l'œil, la paupière cligne, c'est un spasme ; ce clignement persiste sans cause et sans but, ce trouble de la fonction de nictitation est un tic. Le tic est donc soit un trouble d'une fonction normale, soit d'une fonction anormale, fonction *parasite*. On retrouve dans cette perturbation fonctionnelle tous les caractères de la fonction, la *répétition* de l'acte, le besoin prémonitoire, la *satisfaction* consécutive; comme dans l'impulsion et l'obsession, le besoin prend un caractère impérieux. La division des tics en *cloniques* et *toniques* est admise par le rapporteur : les premiers, personne ne les conteste aujourd'hui; quant aux seconds, ils s'imposent également depuis la description du torticolis mental par Brissaud et les observations relatées par Régis et l'auteur concernant les tics d'attitude ou gestes de défense comme en ont les obsédés.

IV. *Symptomatologie des tics.* — Les diverses parties du corps peuvent être le siège de tics; c'est dire que leur variété est infinie et qu'il est impossible de les signaler tous; tics de la tête, du cou, des membres supérieurs et inférieurs, du tronc; d'autres sont des perturbations des fonctions organiques (tics de déglutition, de digestion, de respiration) avec toutes leurs variantes. Les tics de la parole se manifestent dans la forme la plus grave, la maladie de Gilles de la Tourette, par l'écholalie et la coprolalie.

V. *Etat mental des tiqueurs.* — A. Il ne suffit pas pour devenir tiqueur de répéter plusieurs fois et même sans raison un mouvement, si brusque soit-il. « N'est pas tiqueur qui veut. » Les tiqueurs sont des désiquilibrés psychiques, comme ils sont des déséquilibrés moteurs, mais ne sont point dépourvus d'intelligence; la plupart ont même un « esprit vif, alerte, primesautier ». Les tiqueurs présentent, d'après MM. Meige et Feindel, l'état mental de l'infantilisme; le rapporteur n'adopte pas cette idée, l'état mental du tiqueur ne rappelle celui de l'enfant que par certains côtés; c'est en réalité l'état mental du déséquilibré simple; la tendance contraire, opposée, est une sorte de loi chez beaucoup de déséquilibrés obsédés (Pitres et Régis); parler d'infantilisme c'est « favoriser une erreur et créer une confusion ». Le tiqueur est, nous

l'avons dit, aboulique, il est impatient, sujet aux phobies, et parfois aux philies (zoophilie).

B. *Tics et obsessions.* — *a*) Le tic et l'obsession ont de nombreuses analogies psychiques, en particulier l'émotivité et l'irrésistibilité ; dans le tic comme dans l'obsession, il y a tendance au dédoublement de la personnalité. *b*) Il y a non seulement analogie, il y a souvent association, soit dans la même famille, soit chez le même individu. Ici le tic et l'obsession prennent tantôt une existence propre, indépendante, survenant alors à des moments différents ou coexistants, tantôt affectant entre eux des relations. Ces relations peuvent être envisagées à deux points de vue.

1° *L'obsession donne naissance au tic;* le sujet est atteint de la peur de tiqueur, de l'*obsession phobique d'un tic* existant souvent avec d'autres tendances bizarres, impulsives, dangereuses. *Le moyen de défense, procédé libérateur*, occupe une place importante dans le tableau de l'obsession et du tic; de même que l'obsédé a ses trucs pour se défendre contre ses obsessions, le tiqueur a les siens; le geste efficace du torticolis mental n'est qu'un moyen de défense contre le tic, pouvant devenir un nouveau tic, un véritable *paratic*. Le tic est aussi un moyen de défense non plus contre un autre tic, mais contre l'obsession (Pitres et Régis); tics, moyen de défense spéciale.

2° *Le tic donne naissance à l'obsession.* Cas fréquent, *tic obsédant*, entretenu, aggravé par l'idée obsédante qui est le plus sûr agent d'entretien du tic. Telles sont les formes d'association du tic et de l'obsession, comme le disent Pitres et Régis. Charcot a justement dénommé l'*obsession un tic de la pensée;* ne pourrait-on dénommer le tic une *obsession du mouvement ?* Le rapporteur estime que l'analogie est surtout vraie entre *le tic et l'obsession impulsive*, aussi pose-t-il la question : « Le tic ne serait-il pas une forme d'impulsion ? » Opinion très défendable, qui est peut-être bien celle de MM. Pitres et Régis.

VI. *Physiologie pathologique et pathogénie.* — Exposer toutes les théories pathogéniques émises à propos des tics serait trop long, même dans un rapport in extenso, mieux vaut renvoyer au chapitre du Traité des tics de MM. Meige et Feindel, intitulé « Tic et polygone » où les auteurs cherchent à mettre d'accord les opinions de MM. Brissaud et Grasset, en apparence contradictoires; la discussion porte sur le terme « origine ». M. Brissaud considère l'*origine* du tic *dans le temps*, M. Grasset *dans l'espace*.

VII. *Etiologie.* — Il est des causes générales et des causes spéciales, celles-ci variant avec la forme du tic, il est aussi des associations et des rapports des tics avec les névroses et les psychoses; retenons surtout que le tic n'est pas un phénomène hystérique ou neurasthénique, mais qu'il peut coexister avec la grande névrose et la maladie de Béard.

VIII. *Diagnostic.* — La principale difficulté diagnostique est de distinguer le tic du spasme; celui-ci caractérisé par des mouvemenrs brusques, comparables à des excitations électriques, non influencés par la volonté, la distraction; quelquefois douloureux, à réflectivité parfois modifiée, siégeant dans un territoire nerveux anatomiquement défini; les mouvements du tic sont coordonnés, systématiques, reproduisant un acte fonctionnel, modifiés par l'attention, la distraction, liés comme l'obsession à un besoin impérieux, angoissant. Le diagnostic du tic et du spasme facial est aussi très difficile, il en est de même du torticolis-tic et du torticolis-spasme. Nous n'insisterons pas sur le diagnostic des tics et des chorées, nous rappellerons que les tics ne sauraient davantage prendre place dans le chapitre des myoclonies; dans certaines formes associées de *paramyoclones* et de *tics*, le diagnostic peut offrir quelques difficultés; il en sera parfois de même des mouvements athétosiques; nous avons déjà indiqué que les crampes professionnelles ne sauraient êtres assimilées aux tics.

IX. *Evolution des tics. Pronostic.* — L'évolution du tic n'est pas régulière, elle varie avec chaque cas; on peut dire que les chances de guérison sont en rapport avec l'âge du malade et l'ancienneté du tic.

X. *Traitement.* — Le tic est souvent curable si on applique des procédés thérapeutiques inconnus jusque dans ces dernières années. Les tics étant constitués par deux ordres de phénomènes, les uns moteurs, les autres mentaux, il était légitime qu'on pensât à leur appliquer un double traitement, l'un s'adressant aux phénomènes moteurs, qu'on pourrait appeler *objectif*, l'autre ayant pour but de modifier l'état mental (traitement subjectif).

1° *Le traitement objectif* ou musculaire comporte plusieurs ordres de médications : *a*). Traitement médicamenteux, basé sur l'emploi des calmants du système nerveux; *b*), hygiène, régime, hydrothérapie, électrothérapie, massage.

2° *Traitement rééducateur.* — *a*). *Méthode de Brissaud, Meige et Feindel.* Se compose de deux parties inséparables : on apprend d'abord au malade à garder l'immobilité, on lui fait exécuter ensuite des mouvements commandés; le traitement doit être poursuivi après même la cessation du tic; *b*). *Méthode de Dubois* (de Saujon). Consiste à habituer le malade à rester immobile dans une position favorable au repos; la suggestion verbale, non hypnotique, arriverait d'abord à persuader au malade l'*image du calme possible*, qui se réaliserait ensuite dans l'inconscience; *c*). *Méthode de Pitres.* Basée sur l'emploi de l'*atmothérapie* appliquée avec succès aux bègues, agit non seulement sur les tics respiratoires mais aussi sur les autres tics; *d*) MM. Meige et Feindel insistent dans leur dernier travail sur l'utilité des mouvements en miroir pour corriger cer-

tains tics; les malades retirent de l'emploi de cette méthode de très sérieux avantages.

3° *Traitement psychique.* — a) *Suggestion hypnotique.* Ne doit pas être employée bien qu'elle ait donné des résultats favorables chez quelques tiqueurs hystériques; a le tort de diminuer la volonté, d'où danger, le tiqueur étant le plus souvent un aboulique. La suggestion à l'état de veille est au contraire très recommandable. b) L'*isolement* est souvent nécessaire pour soumettre le malade à cette discipline physique et psychique sans laquelle tout traitement reste infructueux. c) *Psychothérapie.* C'est le mode par lequel la guérison définitive couronnera les efforts du médecin.

M. Meige (de Paris). — Je n'ai jamais songé, comme me le fait dire à tort M. Noguès à propos de l'infantilisme psychique des tiqueurs, à ajouter une nouvelle anomalie mentale à la liste déjà si longue de celles qu'on relève chez ces sujets. J'ai seulement proposé une qualification qui est peut-être en même temps une explication.

J'ai soutenu avec M. Feindel que le trouble mental prédominant est une imperfection de la volonté. La débilité, la versatilité de la volonté sont les caractéristiques de l'état mental du tiqueur. Cette manière d'être témoigne de l'insuffisance et de l'irrégularité des interventions corticales. Comme elle appartient normalement à l'enfant, sa persistance, malgré les progrès de l'âge, est l'indice d'un arrêt *partiel* du développement psychique; aussi l'état mental du tiqueur peut-il être qualifié d'infantile. Le mot « partiel » a ici son importance : il met en garde contre la tendance qu'on pourrait avoir à considérer l'arrêt de développement psychique comme complet, total; les tiqueurs n'ont rien de commun avec les crétins myxœdémateux, ces infantiles par excellence.

Tout le monde est d'accord pour reconnaître le déséquilibre mental des tiqueurs. Nous y avons longuement insisté, avant même de parler d'infantilisme psychique.

Lorsqu'un tiqueur se montre exagérément léger, versatile, inattentif, s'il a les impatiences, les rires et les pleurs fugaces d'un enfant, et surtout s'il a toujours été ainsi, il est légitime de penser que chez cet adulte le développement psychique a subi un arrêt partiel, que son état mental a conservé une partie des attributs qui appartiennent à celui de l'enfant.

La constatation de l'état mental infantile des tiqueurs nous a paru utile à signaler; elle est de nature à confirmer ce fait insuffisamment reconnu, à savoir que la plupart des tics sont non pas des accidents commandés par des lésions acquises du système nerveux, mais bien qu'ils dépendent d'arrêts ou de retards dans le développement des centres ou des voies d'association corticale.

M. Grasset (de Montpellier). — Je n'étudierai qu'un point de la question des tics, à savoir leur pathogénie : de tous les travaux

contemporains, et spécialement de ceux de MM. Brissaud, Meige et Feindel, il résulte que, au moins le plus souvent, le tic est d'origine corticale. Je suis tout à fait d'accord avec M. Brissaud sur l'origine corticale des tics; je crois seulemement qu'il faut faire une distinction, dans les centres corticaux psychiques, entre les *centres psychiques supérieurs* et les *centres psychiques inférieurs ;* à ceux-ci, que j'appelle polygonaux, revient le psychisme inférieur ou automatique, l'automatisme supérieur ou psychologique de M. Janet ; tandis qu'à ceux-là (que pour la facilité de l'exposition j'appelle O) revient le psychisme supérieur, conscient, volontaire, libre et responsable. A ce propos, je demande à établir une distinction, que je crois justifiée, entre les mots *psychique* et *mental.*

Est *psychique* tout acte cortical où il y a de la pensée, de l'intellectualité, du psychisme à un degré quelconque ; d'où psychisme supérieur et inférieur. Toute l'écorce est psychique (polygone et O). Au contraire, me rappelant les mots « maladies mentales, aliénation mentale », j'appelle *mental* le phénomène et par suite le trouble qui a pour siège les centres psychiques supérieurs O.

De là, ces propositions, un peu elliptiques, mais cliniquement vraies : tout ce qui est psychique n'est pas nécessairement mental ; une maladie psychique n'est pas nécessairement une maladie mentale : si elle reste polygonale, elle n'est pas mentale. Ainsi, par exemple, l'hystérique est toujours un psychique ; je ne crois pas qu'il soit toujours un mental. Dans l'hystérie, il y a toujours des troubles du psychisme inférieur, polygonal ; s'il y a en même temps des troubles de O (ce qui arrive souvent), c'est une complication ; l'hystérique est devenu aliéné. Voilà l'idée qui m'a fait donner un sens différent au mot psychique et au mot mental ; on comprendra, je l'espère, après ces explications, pourquoi j'ai soutenu l'existence du tic polygonal.

Si j'admets que tout tiqueur est un psychique, je ne pense pas (et M. Brissaud non plus, je crois) qu'on puisse soutenir que tout tiqueur *soit un aliéné*, c'est-à-dire un mental au sens que je viens de préciser.

Donc *un tiqueur qui est un psychique et qui n'est pas un mental est un polygonal.* Sans doute le mouvement du tiqueur a été volontaire avant d'être automatique ; c'est avec son centre O que, pendant qu'il était colporteur, mon malade donnait un coup d'épaule pour soulever sa balle : mais à ce moment il n'était pas tiqueur. Le mouvement n'est devenu tic que quand il a constitué une habitude morbide, c'est-à-dire quand il a cessé d'être volontaire pour devenir automatique, involontaire, polygonal.

Ainsi, le *tic polygonal* existe et il est *polygonal depuis qu'il est tic.* Je crois dès lors qu'il y a lieu de maintenir la distinction que j'ai proposée en 1897 entre les tics avec participation de O (quand il y

a vraiment état mental, aliénation) et les tics polygonaux (quand il y a état psychique, mais pas état mental).

M. Cruchet (de Bordeaux) part de cette idée, admise absolument par tous les auteurs, que les *tics* sont *systématisés*, c'est-à-dire des mouvements où il est toujours possible de reconnaître une systématisation fonctionnelle, des mouvements reproduisant, par conséquent, un acte physiologique déterminé.

Il pense que cet élément *moteur* est le seul indispensable pour qu'il y ait véritablement *tic*, l'élément *psychique* ou *mental* étant essentiellement contingent.

Il dit que le tic, ainsi compris, peut-être d'origine aussi bien matérielle que fonctionnelle ; et que si un *spasme*, au sens que lui donne M. Brissaud, est *systématisé*, ce n'est plus un spasme, mais un vrai *tic*, au sens propre du mot.

Il admet ensuite qu'un tic est toujours *clonique ;* et que, par conséquent, la forme *tonique* du tic n'existe pas ; en particulier, le torticolis mental d'ordre tonique doit être éliminé, le torticolis clonique ou *tic rotatoire* étant seul un véritable tic. « Si nous supposons, dit-il, un malade ayant une attitude en torticolis (tonique), disons-nous qu'il a un tic ? Point du tout. Nous disons : il a un torticolis. et nous nous demanderons si ce torticolis est musculaire ou non musculaire (cicatriciel, névritique, osseux, etc.) — ou mental enfin. Et si nous pensons qu'il est mental, nous chercherons à savoir. en dernière analyse, s'il est d'origine hystérique, neurasthénique. si on doit le classer au nombre des signes de l'angoissé, de l'aboulique, de l'obsédé, etc... Agissons-nous autrement en présence d'une hémiplégie ? Ne se demande-t-on pas toujours, d'abord. si elle est d'origine matérielle ou fonctionnelle, pour en rechercher ensuite la variété spéciale ? »

L'auteur termine en proposant les conclusions suivantes : 1° le tic est une variété dans le genre *convulsion ;* 2° il est essentiellement *clonique* et caractérisé par *un mouvement* ou *un groupe de mouvements* reproduisant *un acte physiologique déterminé.*

On peut le classer dans le groupe des convulsions cloniques *systématisées*, en opposition avec les convulsions cloniques *asystématisées*, dans lesquelles on rencontre la chorée, l'athétose, le tremblement, la myoclonie ; 3° il est d'ordre *matériel* ou *fonctionnel ;* 4° le *torticolis intermittent* ou *spasmodique* ne devrait plus s'appeler dorénavant que *tic rotatoire ;* 5° le seul nom de *torticolis mental* devrait être réservé à *toutes les attitudes* en torticolis d'ordre mental ; 6° le *torticolis mental* et, d'une manière générale, toutes les formes toniques ou simples, attitudes *d'ordre mental, doivent être nettement différenciées du tic avec lequel toutefois elles peuvent coexister.*

M. Doutrebente. — M. Noguès, d'après MM. Soury et Legrain,

estime que les tics ne sont que des manifestations symptomatiques de la *folie héréditaire* (Morel) et de la *dégénérescence mentale* (Magnan). Ce sont deux choses différentes et qui ne doivent pas être confondues.

Morel avait observé le *tic indolent* chez des nerveux, candidats à l'aliénation mentale, sans y arriver, et aussi chez des gens nullement prédisposés à devenir aliénés. Dans la période prodromique de la folie, surviennent des *tics douloureux* passagers, si la maladie évolue et remplacés par d'autres symptômes plus accentués.

Dans la période d'état, chez un fou hypochondriaque ayant des crises obsédantes de la mort, Morel raconte que ce malade avait un tic libérateur des plus étranges : « il tenait son pénis à la main et se découvrait même devant sa femme et sa fille ». On rencontre enfin chez les idiots et les maniaques chroniques une foule de tics grimaciers ou autres, tel que le tic de l'ours, etc. Nous venons d'observer tout dernièrement, chez un dégénéré, un tic de l'épaule droite, contracté par l'habitude de faire entendre des craquements de l'articulation scapulo-humérale à ses camarades d'atelier.

M. Obregia (de Bucharest) communique les observations de trois malades qui sont devenus paralytiques généraux après avoir présenté des tics caractérisés : un avait un tic de la langue qui venait se coller contre les dents de façon à empêcher tout acte de phonation; un autre, un tic de la tête et du cou qui se renversaient brusquement en arrière; le troisième enfin, un mouvement de grattage des narines qui, à force d'être répété, avait entraîné la perforation de celles-ci.

M. Joffroy (de Paris). — La théorie pathogénique des tics, que vient de nous exposer M. Grasset, me semble bien difficile à admettre. La première difficulté qui surgit lorsqu'on veut passer à l'explication des faits, est celle de savoir si ce sont les mêmes éléments nerveux ou des éléments différents qui président aux actes du psychisme supérieur et à ceux du psychisme inférieur. La première hypothèse ne me paraît pas admissible. Supposons par exemple un tic de clignotement survenu à la suite de la pénétration d'un corps étranger dans l'œil. Il est bien évident que lorsque le sujet victime de cet accident a porté pour la première fois la main à l'œil offensé pour en chasser le corps étranger, il a accompli un acte volontaire, raisonné, conscient, étroitement subordonné à l'activité psychique supérieure. Ce n'est qu'en se répétant, même après la disparition du corps étranger et de la sensation qu'avait provoquée celui-ci, que ce mouvement est devenu un tic, c'est-à-dire un acte involontaire, inconscient, lié à l'activité du psychisme inférieur; mais le mouvement en lui-même n'a pas changé. On ne peut donc admettre qu'il soit commandé par deux ordres différents de neurones. Il me semble au contraire évident que ce sont les mêmes éléments anatomiques qui président à l'activité volontaire

et à l'activité involontaire, et que ce qui diffère de l'une à l'autre, c'est l'excitation, qui est forte dans le premier cas et faible dans le second. Le propre de l'habitude ne consiste-t-il pas, en effet, à rendre les neurones aptes à réagir à des excitations de plus en plus faibles, si faibles même, à un moment donné, qu'elles restent presque complètement ignorées du sujet? De là son étonnement de voir le mouvement continuer à se produire.

A côté de cette question de pathogénie, il en est une autre qui me semble avoir été un peu négligée par M. Noguès, aussi bien que par MM. Meige et Feindel : je veux parler des relations si étroites qui unissent, au point de vue du développement des tics, les centres moteurs aux centres sensitifs et sensoriels.

Il n'est cependant personne qui n'ait connu au moins un tiqueur qui, pour arrêter son tic, se pince fortement, jusqu'à en éprouver une vive douleur, dans la région du corps qui en est le siège. N'est-ce pas là une preuve que la sensibilité peut intervenir directement pour refréner un tic? Mais, à côté des cas où la sensibilité joue ainsi le rôle d'agent inhibiteur du tic, il en est d'autres beaucoup plus communs où c'est elle, au contraire, qui, sous la forme d'*algies* de siège et d'intensité différents, préside à leur développement. Bien plus, il existe des sujets chez lesquels les troubles qui donnent naissance aux tics ne sont plus d'ordre sensitif, mais sensoriel; c'est ce qu'on observe en particulier chez beaucoup d'aliénés, notamment chez les persécutés : une de mes malades, hallucinée de l'odorat, exécutait continuellement un mouvement de sputation associé à une grimace de la face ; c'était là, au début, un mouvement de défense, raisonné, conscient; à la longue il est devenu automatique et persiste encore actuellement, bien que les hallucinations aient depuis longtemps disparu. Je pourrais multiplier facilement de tels exemples : on peut donc rencontrer les hallucinations à l'origine de beaucoup de tics, au même titre que les autres désordres de la sensibilité.

### *Sur quelques détails relatifs à l'étiologie et à la symptomatologie des tics.*

M. Pitres (Bordeaux). — Je ne partage pas tout à fait les idées doctrinales développées par M. Noguès dans l'excellent rapport que nous avons tous entre les mains et par MM. Meige et Feindel dans le savant ouvrage qu'ils viennent de publier. Je crois, notamment, qu'il eût été préférable de ne pas détourner le mot *tic* du sens étroit qu'il a dans le langage vulgaire. Le tic était jusqu'à présent un symptôme caractérisé par la répétition intempestive et inutile de secousses brusques, rapides, involontaires, siégeant dans un muscle isolé ou dans un groupe de muscles habituellement associés pour l'exécution d'une grimace, d'un geste ou d'un acte

volontaire quelconque. En cherchant à identifier avec ce symptôme d'autres phénomènes spasmodiques qui n'ont avec lui que de lointaines analogies, tels que les tics dits toniques et les tics mentaux, je crains qu'on ne prépare aux pathologistes de l'avenir d'inextricables confusions. Mais ce sont là des questions de mots ou de théories sur lesquelles on pourrait discuter indéfiniment. Plutôt que de m'y arrêter, je préfère mettre en relief quelques détails et faits relatifs à l'étiologie et à la symptomatologie des tics vulgaires.

I. Les grandes lignes de l'étiologie des tics ont été magistralement tracées par M. Noguès dans son rapport, et par MM. Meige et Feindel. J'y ajouterai quelques documents statistiques provenant du dépouillement de 70 observations de tiqueurs vulgaires que j'ai recueillies dans ces dernières années.

*Age.* — Ainsi que le disent MM. Meige et Feindel, « les tics apparaissent à tout âge excepté chez les très jeunes enfants ». Cette proposition est rigoureusement exacte. Il y a des tics de l'adulte et du vieillard comme il y a des tics de l'enfance et de l'adolescence. Mais ceux-ci sont plus fréquents que les premiers, ainsi que le démontrent les chiffres suivants indiquant l'âge auquel ont apparu les premiers tics chez nos 70 malades :

| | |
|---|---|
| De 1 à 3 ans | 0 fois. |
| — 4 à 5 — | 4 — |
| — 6 à 10 — | 25 — |
| — 11 à 15 — | 12 — |
| — 16 à 20 — | 4 — |
| — 21 à 25 — | 2 — |
| — 26 à 30 — | 5 — |
| — 31 à 35 — | 2 — |
| — 36 à 40 — | 1 — |
| — 41 à 45 — | 2 — |
| — 46 à 50 — | 1 — |
| — 51 à 55 — | 2 — |
| — 56 à 60 — | 1 — |
| — 61 à 65 — | 2 — |
| — 66 à 70 — | 2 — |
| Age indéterminé | 5 — |
| Total | 70 cas. |

Le *sexe* a peu d'influence car sur 70 malades : on en compte 31 du sexe masculin et 39 du sexe féminin.

*Hérédité.* — Quelques auteurs soutiennent que les tics sont toujours héréditaires. Cela ne paraît pas tout à fait exact, mais il est certain que l'hérédité joue un rôle bien important dans la prédisposition à la maladie du tic. A ce point de vue, mes 70 malades doivent être divisés en 4 catégories comprenant :

La première, 7 cas qu'il faut éliminer de la statistique pour cause d'insuffisance de renseignements ;

La deuxième, 16 cas, dans lesquels une enquête sérieuse n'a révélé chez les ascendants directs ou collatéraux des malades aucune tare névropathique ;

La troisième, 21 cas, où les ascendants directs ou au moins l'un de ces ascendants étaient atteints de neurasthénie (six fois), d'hystérie (quatre fois), d'émotivité pathologique (dix fois) d'obsession psychique ou d'aliénation mentale (trois fois).

La quatrième, 11 cas, où il a été possible de retrouver, parmi les ascendants des malades, des exemples non douteux de tics ainsi répartis :

| | |
|---|---|
| Père ou mère tiqueurs | 6 fois. |
| Oncles ou tantes | 3 — |
| Cousins ou cousines | 5 — |
| Grand-père ou grand'mère | 2 — |
| Frères ou sœurs | 3 — |

Les *causes occasionnelles* des tics n'ont pu être déterminées dans 39 cas. Dans les 31 autres, on a noté comme agent déterminant de la maladie :

| | |
|---|---|
| Imitation | 9 fois. |
| Emotion morale | 7 — |
| Bobos aux lèvres, au nez, etc. | 8 — |
| Végétations adénoïdes | 1 — |
| Chorée | 1 — |
| Maladies infectieuses | 3 — |
| Obsession psychique | 2 — |
| Total | 31 fois. |

Avant d'abandonner ce chapitre de l'étiologie, j'appellerai l'attention sur les *tics rudimentaires* des enfants.

Beaucoup de jeunes sujets, névropathes ou non, prennent l'habitude, surtout entre la 5e et la 10e année, de répéter, d'abord volontairement, puis à peu près inconsciemment, de petites grimaces ou des gestes bizarres qui sont de véritables tics rudimentaires et qui deviendraient certainement des tics rebelles, invétérés et peut-être incurables, si par des admonestations ou des réprimandes patiemment renouvelées, des parents des malades n'arrivaient à empêcher la transformation de ces mouvements primitivement voulus et conscients en actes purement automatiques : il est probablement parmi nous plusieurs pères de famille qui ont observé des faits de ce genre sur leurs propres enfants.

II. Une des particularités les plus remarquables de la symptomatologie des tics est certainement leur variabilité d'un instant à

l'autre. Les tiqueurs ont tous de bons et de mauvais moments, de bons et de mauvais jours.

Le chaud et le froid, les maladies intercurrentes, les états émotifs actuels, ont une influence non douteuse sur la fréquence et la violence des manifestations convulsives des tics. Il serait très désirable qu'on étudiât avec soin la nature des conditions susceptibles d'atténuer ou d'exagérer momentanément les secousses musculaires qui constituent le tic. J'en indiquerai brièvement quelques-unes qui ont particulièrement frappé mon attention.

*a*. Beaucoup de tiqueurs éprouvent une véritable gêne à se sentir observés et l'agacement qui en résulte est traduit tantôt par une exagération, tantôt par une suspension à peu près complète des tics. Les exemples de ces deux modes de réaction sont connus. Il arrive souvent que des enfants tiqueurs, conduits chez le médecin, restent, tant qu'ils se sentent observés par l'homme de l'art, complètement immobiles. Ils prennent à la vérité leur revanche aussitôt qu'ils ont franchi les portes du cabinet, mais jusque-là ils ne bronchent pas, si bien qu'il est très difficile de se rendre compte de la gravité de leur mal. Et, chose curieuse ! ces mêmes sujets dont les tics sont inhibés par la seule présence du médecin voient souvent leurs grimaces s'exagérer d'une façon excessive, quand, dans un lieu public, ils s'aperçoivent qu'ils sont l'objet de l'attention ou des railleries des personnes étrangères qui les entourent.

*b*. La fixation de l'attention atténue fréquemment la violence des tics. Certains tiqueurs cessent absolument de tiquer en lisant, en écrivant, en jouant du piano, en faisant de l'escrime, etc., etc.

*c*. Il n'est pas rare de rencontrer des tiqueurs qui n'ont de mouvements convulsifs que dans la position verticale. Il suffit qu'ils s'étendent sur un lit ou sur un fauteuil suffisamment incliné pour que tous leurs tics disparaissent à l'instant.

Mais ce sont surtout les variations du rythme respiratoire qui agissent efficacement sur la production des tics. Beaucoup de tiqueurs n'ont aucune secousse convulsive pendant qu'ils chantent, qu'ils déclament ou qu'ils comptent à haute voix. Ils n'en ont pas davantage quand on les prie de respirer lentement et profondément. C'est cette action frénatrice des modifications du rythme respiratoire que m'a conduit à appliquer au traitement des tics les méthodes de gymnastique respiratoire qui sont depuis longtemps employées avec succès à la cure du bégaiement et qui m'ont permis de guérir déjà un bon nombre de malades dont les tics avaient résisté à l'emploi d'une foule d'autres moyens thérapeutiques.

III. — Qu'il me soit permis, avant de terminer, d'exprimer le regret que ni M. Noguès, ni MM. Meige et Feindel ne se soient occupés dans leurs travaux respectifs des tics chez les animaux, notamment de ceux qu'on observe chez le cheval et chez le chien.

Le tic du cheval est un tic aérophagique, grave parce qu'il diminue, par le météorisme abdominal dont il est la cause, l'aptitude de l'animal et l'activité musculaire; il est très intéressant parce qu'il est contagieux par imitation. Le tic du chien est d'une tout autre nature. Il est constitué par des secousses brusques, généralement unilatérales, siégeant entre les muscles du visage et le peaucier du cou. Son histoire est importante à cause des expériences physiologiques dont il a été l'objet. Ces expériences pratiquées jadis par Paul Bert et répétées plus récemment par d'autres observateurs ont démontré que le tic persistait malgré l'ablation totale du cerveau. Bien qu'il n'y ait pas identité absolue entre les centres nerveux du chien et ceux de l'homme, ces résultats expérimentaux sont de nature à jeter quelques doutes sur le bien fondé des théories qui tendraient à nous représenter le tic de l'espèce humaine comme un phénomène morbide dépendant toujours nécessairement d'une perturbation fonctionnelle de l'écorce du cerveau.

M. Brissaud. — Toute mauvaise habitude est, chez l'enfant, le point de départ de nouvelles mauvaises habitudes, et quelquefois même de troubles nerveux. Cette donnée explique comment agissent les diverses méthodes de gymnastique appliquées au traitement des tics. En faisant disparaître chez un individu une ou plusieurs mauvaises habitudes, on le rapproche de plus en plus de la normale et on lui permet de se ressaisir.

M. Pitres (Bordeaux). — Je connais fort bien et j'apprécie hautement le travail de mon excellent ami le professeur Brissaud sur le tic mental. Je ne diffère d'opinion avec lui que sur le nom qu'il convient de donner à la maladie qu'il a si heureusement et si brillamment contribué à nous faire connaître. Le nom de tic mental me paraît mauvais, parce que je ne crois pas que la maladie décrite par M. Brissaud soit un tic, et parce que je ne suis pas bien sûr de son origine mentale.

Pour moi, le tic est un symptôme étroitement défini par ses caractères objectifs : la brusquerie et l'irrégularité des secousses, leur explosion involontaire et intempestive, leur limitation à un muscle ou à un groupe musculaire déterminé. Quand je vois un malade atteint de mouvements involontaires de rotation de la tête et du cou, je commence par observer la nature des mouvements qui se produisent. S'ils sont brusques, irréguliers, involontaires, peu ou pas accessibles à l'inhibition par l'application du doigt du malade sur le menton, je dis : voilà un tic rotatoire de la tête et du cou. S'ils sont lents, progressifs, réguliers et si, par surcroît, ils sont arrêtés par le procédé indiqué par Brissaud, je diagnostique un spasme fonctionnel ou torticolis spasmodique intermittent du type Brissaud. Si le cou est fixé dans une attitude vicieuse par une contracture permanente du sternomastoïdien, du

trapèze ou des autres muscles de la région je dis : Voilà un torticolis musculaire, et je m'efforce de rechercher s'il est de nature organique ou fonctionnelle; mais quel que soit le résultat de ces recherches, il ne me viendra jamais à l'idée d'appliquer à un cas de ce genre le nom de *tic tonique* parce que, pour moi, le tic est par essence ou, pour parler plus simplement, par définition, un phénomène clonique.

M. Parant dit qu'en lisant le rapport de M. Noguès, il a été surpris de voir que l'on tendait à n'admettre qu'une seule catégorie de tiqueurs, dont la maladie, provenant de la dégénérescence, serait une sorte d'infantilisme et consisterait surtout et presque uniquement en une altération de la volonté. Ce cadre lui a paru bien étroit, c'est donc avec intérêt qu'il a entendu M. Meige, le principale protagoniste de l'opinion dont il vient d'être parlé, dire que ce n'était pas là la seule catégorie de tiqueurs, et qu'il y en avait d'autres, dont l'état, encore mal connu, avait besoin d'être étudié : c'est avec non moins d'intérêt que M. Parant a entendu M. Pitres dire qu'il avait observé un tiqueur chez qui la maladie avait débuté à soixante-dix ans. Dans cet ordre d'idées, M. Parant croit devoir signaler le cas d'un malade qu'il a observé et qui, à deux reprises différentes et à intervalle assez long, a présenté une sorte d'accès transitoire de tic avec une symptomatologie et un état physique bien différents de ceux dont parle le rapport de M. Noguès.

Ce malade qui n'était ni un dégénéré, ni un déséquilibré, ni un névropathe, se vit, vers l'âge de cinquante ans, atteint d'un tic à forme de torticolis du côté gauche. Sa tête se tournait vers l'épaule d'abord en contraction tonique, puis survenaient des spasmes cloniques qui terminaient le tic en quelques secondes, en s'accompagnant de grimaces dans le côté gauche de la face. D'abord faibles, ces tics prirent peu à peu de l'intensité. Le malade mit toute sa volonté, tous ses efforts à les combattre et n'y réussit pas. Il fut alors pris de dépression mélancolique et d'un profond découragement. Comme il avait précédemment eu de la fatigue, on lui fit prendre du repos, des médicaments toniques. Au bout de deux mois environ, la mélancolie s'atténua, disparut sans avoir jamais été délirante. En même temps, les tics diminuèrent d'intensité et disparurent complètement. L'accès avait duré en tout à peu près six mois.

Quatre ans après, le même malade fut repris de nouveau des mêmes accidents, survenant dans le même ordre et sous les mêmes apparences; toutefois la mélancolie s'accompagna, pendant une quinzaine de jours, d'idées de suicide et même d'homicide qui marquèrent le paroxysme de l'accès. Alors il y eut de nouveau régression de tous les troubles, disparition progressive et guérison dans un intervalle d'environ cinq mois depuis le début de l'accès.

La guérison s'accentuait à mesure que l'état physique général s'amendait lui-même.

Que penser d'un cas de ce genre? Evidemment, il est d'un tout autre ordre de faits que ceux dont a parlé M. Noguès Il est nullement lié à la dégénérescence originelle. La volonté n'y a point paru altérée, au moins dans le principe. Il ressort de là qu'il y a au moins une autre catégorie de tiqueurs que ceux dont il a été question aujourd'hui et que la raison d'être des autres tics que ceux dont il est question a besoin d'être étudiée.

M. Crocq (de Bruxelles). — MM. Brissaud, Meige et Feindel reconnaissent d'une part qu'au point de vue clinique il n'y a aucune différence entre les tics et les spasmes et, cependant, ils admettent que ces deux variétés de mouvements ont une origine différente, les premiers étant des phénomènes purement dynamiques, tandis que les seconds auraient un substratum organique. Cette distinction, je l'avoue, me paraît un peu arbitraire. Peu importe, en effet, comme vient de le dire M. Cruchet, qu'une hémiplégie soit due à une lésion organique ou fonctionnelle des centres moteurs, elle n'en reste pas moins une hémiplégie; de même pour les tremblements : ils ne changent pas de nom suivant qu'ils sont liés à une névrose ou, au contraire, à un désordre matériel des centres nerveux. Il ne me semble donc pas justifié d'établir une distinction entre les tics et les spasmes, en se fondant uniquement sur l'origine fonctionnelle des premiers et organique des seconds.

Ces réserves faites, je suis tout a fait de l'avis de M. Noguès en ce qui concerne l'état mental des tiqueurs; comme lui, je crois que cet état mental se confond avec celui des dégénérés, et que c'est à tort qu'on a voulu le rapprocher de celui des infantiles.

Enfin, le fait que, chez le chien, M. Pitres a pu déterminer la localisation du tic dans les centres inférieurs ne prouve nullement que cette localisation soit identique chez l'homme. M. Pitres sait même mieux que personne que les fonctions dévolues aux centres inférieurs, chez le chien, remontent vers la corticalité cérébrale à mesure que l'on s'adresse à un animal plus élevé dans l'échelle animale. Pour ne parler que des réflexes tendineux, mes expériences prouvent que leurs centres, localisés chez le chien dans la moelle, sont situés au contraire, chez le singe et surtout chez l'homme, dans les régions basilaires du cerveau. Le tic, d'origine pédonculaire chez le chien, peut donc très bien avoir son centre, chez l'homme, dans la région cérébrale.

M. Ballet (de Paris). — Au cours de cette discussion, on a beaucoup trop étendu le domaine des tics : à en croire quelques auteurs, il faudrait accorder le nom de tic à tous les mouvements systématisés, coordonnés et répétés plus ou moins fréquemment sans raison; si cette manière de voir était adoptée, toutes les habitudes vicieuses, tons les spasmes et beaucoup de mouvements exécutés

par les aliénés seraient rangés dans les tics. Je crois, au contraire, qu'il y a lieu de faire des catégories distinctes de chacune de ces espèces de mouvements. Le tic doit être considéré comme un trouble de la représentation mentale d'un mouvement qui est reproduit consciemment d'abord, automatiquement ensuite, et dont la non-exécution, par suite d'un obstacle quelconque, procure du malaise, de l'angoisse, etc. Les véritables tics sont donc toujours des mouvements volontaires ; les mouvements réellement involontaires sont des spasmes.

*Séance du 2 août (soir).* — PRÉSIDENCE DE MM. RÉGIS ET DENY.

M. ROUBY communique une observation de tic associé à une démence précoce. Il s'agit d'une enfant, qui paraissait normale, fut vaccinée à quelques mois. L'éruption vaccinale ne se montra pas, mais pendant un an l'enfant fut atteinte d'une affection cutanée générale, et depuis quelques années s'établit un tic de la tête, et aujourd'hui la fillette, qui a huit ans, est une demi-idiote.

M. HARTENBERG. — L'homme a naturellement une tendance à la répétition des mêmes actes ; c'est l'exagération de cette tendance qui constitue le côté infantile de l'état mental du tiqueur ; mais il y a chez lui, en plus, l'impossibilité pour la volonté de suspendre le tic. Cette non intervention de la volonté peut tenir à des causes différentes. Il y a des malades qui sont indifférents à leur tic ; cela leur est égal, et ils ne se donnent pas la peine d'essayer de le supprimer. Les personnes qui voudraient mettre fin à leur tic et qui ne le peuvent doivent être rangées en deux catégories : celles dont la volonté instable ne peut être fixée assez longtemps et celles dont les efforts sont paralysés par une angoisse toujours croissante et qui ne cesse que lorsque la réapparition du tic amène une véritable décharge. Les malades de la première catégorie peuvent être guéris par la rééducation de la volonté ; chez les anxieux non seulement on échoue, mais plus on cherche à refréner les mouvements, plus l'angoisse se développe.

M. BOISSIER. — Mon intervention dans la discussion n'a d'autre but, à propos de l'association des obsessions avec les tics, que de demander à nos collègues occupés de ce sujet si, dans une proportion déterminée ils ont trouvé le *suicide* comme complication nette du tic.

Pour moi j'ai observé depuis deux ans deux cas de tic de nictitation chez deux jeunes femmes, qui ont arrêté mon attention sur ce point. Ici l'obsession est née du tic et a engendré la tendance au suicide, sans que celui-ci ait cependant pu être accompli.

La première malade est une jeune femme de trente ans à antécédents héréditaires peu chargés et dont l'état nerveux est resté

parfaitement calme jusqu'à son mariage. A la suite d'une conjonctivite rapidement guérie, un tic de nictitation s'est installé, d'abord supporté avec indifférence.

Mais les observations insistantes de la famille devenues maladroitement exagérées ont bientôt contribué à donner à la malade la phobie de son tic. La peur du ridicule la harcèle sans cesse ; les repas quotidiens avec ses enfants et son mari seuls deviennent eux-mêmes impossibles ; elle mange seule. Quand elle sent venir sa nictitation elle descend de l'omnibus où elle se trouve à plusieurs kilomètres de chez elle par la pluie, le vent, la neige et les orages, préférant s'exposer à tout que de soutenir les regards des voyageurs qu'elle croit fixés sur elle, elle a même quitté son train au milieu d'un voyage à une station quelconque. Enfin n'osant plus affronter personne, elle ne songe qu'à fuir une vie désormais insupportable ; l'idée du suicide la poursuit, d'abord vague puis irrésistible. Elle se procure du poison, et il fallut quand, je vis la malade, établir une surveillance assidue.

La seconde malade, jeune femme de vingt-quatre ans ne se souvient pas de ce qui a causé au début son tic de nictitation. Héréditaire peu chargée, elle a vu du vaginisme s'ajouter à son tic, au moment de son mariage, mais ce dernier fait ne l'a nullement préoccupée. Sa nictitation, qui remonte à deux ans, lui cause au contraire une telle gêne qu'elle s'enfuit chez elle au milieu d'un dîner, que toute réunion même intime lui devient impossible, qu'elle se confine dans sa chambre et n'en sort qu'à la nuit close. Elle entre dans le dégoût de la vie, est aux prises avec des idées actives de suicide et est actuellement en cours de traitement. J'insiste sur ce point que le tic a été l'unique phénomène névropathique ayant précédé les obsessions, les angoisses et les tendances au suicide dont il a d'ailleurs été aussi la cause unique.

M. Briand. — Je crains que M. Meige n'ait été plus loin qu'il ne voulait, quand il nous a parlé de l'infantilisme des tiqueurs. Je sais bien que sa pensée a été amendée par un correctif, lorsqu'il a ajouté que cet infantilisme n'était nullement comparable à celui qu'on observe dans le crétinisme. Sans nier que certains tiqueurs sont des infantiles, je crois qu'il en existe beaucoup ne présentant pas ce caractère. J'en veux pour preuve l'observation d'une malade dont je vais vous résumer rapidement l'histoire et qui au cours de sa vie a été atteinte de deux tics vrais, accompagnés d'angoisses caractéristiques et assez curieuses dans leur étiologie.

Cette dame, qui venait d'assister à la première représentation du *Contrôleur des wagons-lits*, s'amusait à répéter pendant un souper qui terminait sa soirée le fameux tic de cette femme qui semble solliciter les passants par son clignotement d'œil spécial et dont un placier en vins de Bordeaux n'a fait sa maîtresse que pour chercher d'abord querelle aux Messieurs qui répondent aux œillades et

arranger ensuite l'affaire en leur vendant très cher de très mauvais crus. Vous connaissez tous le thème de cette désopilante farce. A force de répéter le geste, Mme X... en fut la victime et, en quelques heures, le tic s'imposa à elle. Le lendemain et jours suivants, il prenait un caractère tellement pénible qu'elle dut consulter un médecin et ne put se débarrasser que fort difficilement et après plusieurs mois de son clignement d'œil. Je dois ajouter ici que Mme X... était la petite-fille d'un grand-père qui présenta du mérycisme dans les dernières années de sa vie ; vers l'âge de soixante ans, il aurait pris l'habitude de ruminer ; après ses repas, il régurgitait quelques bols alimentaires qu'il mâchonnait et ravalait ensuite. Je n'ai pas d'autres renseignements héréditaires.

Ma malade était mariée à un homme désœuvré, qu'elle accompagnait un peu partout. Dans une de ses pérégrinations, elle entra fortuitement dans un établissement où s'exhibait un artiste d'un genre puéril et doué de la propriété de produire à volonté certains bruits qui l'avaient fait qualifier du nom imagé de *pétomane*. La première audition ne provoqua que le dégoût de Mme X... — Arriva bientôt ce qui arrive aux personnes fréquentant les courses de taureaux ; elle voulut revoir son ténor, celui-ci ne tarda pas à remarquer son enthousiaste auditrice, laquelle, ne trouvant plus de femme de son monde à entraîner dans son escapade, avait fini par se faire accompagner par sa femme de chambre. Il se mit bien vite à la disposition de la dilettante, pour lui fournir tous les renseignements demandés sur le mécanisme de son art en joignant l'exemple aux principes.

Un matin, pendant qu'elle s'énervait vainement à imiter son professeur d'après les procédés qui lui avaient été indiqués et que Mme X... se livrait mystérieusement sur son lit à sa gymnastique nouvelle, le silence du lieu fut troublé par un bruit à peu près semblable à celui qui motivait ses efforts. Ce n'était malheureusement qu'une simple éructation vaginale. Néanmoins, ma malade fut agréablement surprise d'abord et ensuite très satisfaite du résultat obtenu. Si le succès recherché ne couronnait pas son entreprise, elle avait du moins créé une voie nouvelle : le pétomane n'en aurait pu faire autant. Bientôt, elle arriva avec un peu d'étude, à provoquer à volonté l'éructation et donna un soir une première audition à son mari.

M. X..., peu épris d'art nouveau, morigéna sa femme qui après une crise de larmes promit de ne plus recommencer.

Promettre et tenir sont deux : en effet, à partir de ce moment l'éructation devint un véritable tic que la malade reproduisait constamment, malgré tout ce que le mari tenta pour guérir sa femme. L'obsession était telle que la malheureuse dame était obligée à ses jours de réception de quitter son salon pour satisfaire son tic. A certains moments, quand pour une cause ou pour une

autre, elle ne pouvait se livrer à la gymnastique compliquée et nécessaire à l'éructation, sa physionomie exprimait une telle angoisse que plusieurs fois on put la croire sérieusement indisposée pour lui offrir des soins. J'en arriverai un jour, me dit-elle, si je ne guéris pas à ne pouvoir me retenir devant le Pape. L'obsession prit même un caractère si pénible que ma malade entrevoyait le suicide comme le seul remède à son mal.

Les tics ne sont pas seulement tributaires de la fibre musculaire striée : ils peuvent s'accompagner de contraction de la fibre musculaire lisse. J'en pourrais citer comme preuve un malade qui contractait convulsivement son périnée jusqu'à ce qu'il ait provoqué la miction. Quand la vessie contenait de l'urine, le tic n'avait rien de très pénible pour le patient. Il n'en était plus de même quand il persistait après l'émission des dernières gouttes. Le tic fonctionnait alors sans discontinuer, jusqu'au moment où s'écoulaient quelques gouttes d'urine nouvellement sécrétée. Cette observation pourrait encore fournir la preuve que tic et spasme sont deux phénomènes différents : en effet, M. Z... avait parfois un spasme des mêmes muscles et bien que celui-ci fût parfois localement douloureux, mon malade le préférait beaucoup à son tic volontaire, à cause de l'obsession pénible dont ce dernier s'accompagnait parfois quand la miction ne pouvait pas s'effectuer faute d'urine.

C'est, je crois, le caractère angoissant du tic qui rend cette habitude si peu justiciable de la suggestion. Les obsédés sont peu suggestibles. Il est donc très difficile d'hypnotiser certains tiqueurs, et cependant quand on les met, par des manœuvres hynoptiques dans cet état de bon vouloir de toute personne se prêtant volontairement à une expérimentation qu'elle veut voir réussir, on constate souvent que le tic cesse momentanément. M. Pitres vient de nous donner l'explication de cet arrêt. On fait de la pneumothérapie sans le savoir. Les spasmes, au contraire, sont souvent justiciables de la suggestion. J'ai eu l'occasion d'observer avec mon ami le Dr Picqué une jeune femme près de laquelle il avait été appelé pour pratiquer une opération en vue de la débarrasser d'un vaginisme qui rendait tout rapport sexuel impossible. En quelques minutes, la malade fut endormie. Nous lui suggérons qu'elle allait être opérée, qu'elle était guérie, etc. Le soir même, elle recevait avec plaisir la visite de son mari.

Je suis entièrement de l'avis de M. Meige quand il nous dit que les tics d'aliénés doivent être étudiés à part. Je partage d'autant mieux l'opinion de ce délicat observateur que ce qu'on prend chez eux pour un tic n'est le plus souvent qu'un mouvement en rapport avec une hallucination, une interprétation délicate, ou bien destiné à conjurer un maléfice, ou encore un geste stéréotype, un mouvement automatique et inconscient, etc. Je crois que le tic du malade de M. Obreja n'appartient pas à l'une de ces catégories. J'ai

souvent observé des paralytiques généraux qui, ayant une simple écorchure du nez ou une obsession quelconque à l'égard de cet organe, se le grattent jusqu'à produire de profondes érosions et des pertes de substance très étendues. Une habitude assez curieuse est celle d'un aliéné qui présentait le phénomène de la mouche volante et qui, bien que convaincu qu'il s'agissait d'une simple illusion, ne pouvait retenir un geste de défense comme pour faire détourner une mouche menaçant son front.

M. Pierret (de Lyon). — Parmi les problèmes très complexes que suscite la question des tics, il en est un, celui de l'état mental dss tiqueurs, à propos duquel je désire présenter quelques courtes considérations, parce que la solution que lui ont donnée MM. Meige et Feindel et M. Noguès est en opposition avec les résultats de mes observations.

D'après ces trois auteurs, les tics ne seraient qu'une des multiples manifestations de la dégénérescence mentale. C'est en vérité se payer de mots. Je me suis déjà expliqué à différentes reprises sur le rôle tout à fait exagéré, selon moi, qu'on a prétendu faire jouer à la dégénérescence dans le développement des psychopathies et à plus forte raison dans celui des états convulsifs auxquels il convient de rattacher les tics. J'ai exposé, dans un travail publié en 1896 par la *Semaine Médicale*, la pathogénie de ces états convulsifs; je n'y reviendrai donc pas, et je me bornerai à dire que les tics, comme vient de le faire remarquer M. Joffroy, ne sont au fond que l'expression mimique d'un trouble psychosensoriel. La mimiqne est le type le plus parfait des réflexes corticaux résultant des émotions.

Chez l'être sain d'esprit, maître de lui, les gestes, les actes mimiques sont le plus souvent limités par le sentiment de ce qu'on appelle les convenances; mais chez les aliénés les choses se passent différemment : tout entiers à leurs idées délirantes, ils se livrent à une mimique effrénée qui, par la monotonie de ses retours, ferait penser à des actes automatiques sous-corticaux, si cette gesticulation outrée ne restait en parfaite concordance avec le caractère propre du trouble mental. Tant que cette concordance existe, on ne peut pas dire qu'il y ait tic. Il n'est légitime d'employer ce mot qu'au moment précis où la conscience du malade périclite définitivement par altération des neurones. Cette diminution de la conscience, dérivant d'un processus démentiel, me paraît nécessaire pour réaliser définitivement, pour stéréotyper, comme on l'a dit justement, certaines expressions mimiques des actes délirants.

L'abolition de la conscience se voit aussi dans les syndromes convulsifs et particulièrement dans l'épilepsie; le mécanisme en est toutefois différent : c'est de l'inhibition. Certains tics psychiques. véritables équivalents de convulsions musculaires, des lubies toujours les mêmes, des mots singuliers répétés hors de propos avec

l'acharnement propre aux convulsivants, ne sont en réalité que des modalités de l'épilepsie larvée. Ces considérations font bien comprendre pourquoi, par une sorte d'instinct, derrière un grand nombre de tics psychiques, de répétitions mimiques monotones, nous devinons un je ne sais quoi de spasmodique ; à vrai dire, quand nous employons ces mots de spasme ou de convulsion, nous savons bien ce que nous désignons, mais nous n'en connaissons guère le mécanisme : j'ai cependant montré que, dans beaucoup de cas, ces phénomènes convulsifs, spasmodiques, psychiques, etc., étaient dus à des rappels, d'origine toxique ou infectieuse, d'anciennes lésions cérébrales.

Par opposition à ces deux cas et pour montrer combien ce même accident, qui cause de graves complications, peut aussi rester inoffensif, je citerai le cas d'un jeune homme très mondain, dégénéré, instable et mysogyne qui, très préoccupé de sa tenue en public, affrontait néanmoins les bals et les dîners les plus nombreux et y étalait une gymnastique de clignotement effrénée sans en éprouver le moindre malaise.

M. Bérillon. — Les malades qui demandent le secours de l'hypnotisme ont essayé tous les autres traitements et c'est devant l'impuissance de ces médications qu'ils viennent à nous, et le succès leur donne souvent raison. Mais hypnotiser ces personnes n'est pas toujours chose facile ; il faut de l'entraînement personnel et beaucoup de patience. Il y a des malades chez lesquels je n'ai pu obtenir le sommeil qu'à la septième ou huitième séance. Je suis convaincu que les insuccès sont dus au manque d'entraînement ou de patience des opérateurs.

M. Bourneville rapporte une observation type de *maladie des tics* que nous publierons prochainement. Elle vient à l'appui des idées de M. Pitres, notamment en ce qui concerne la suspension de la coprolalie, en présence du médecin ; de la suspension du tic pendant le chant. M. Bourneville rappelle aussi les bons effets de la gymnastique respiratoire sur les *tics*, sur le *développement de la parole* et la *correction des défauts de prononciation*.

*La correction des tics ; le contrôle du miroir.*

M. Henry Meige (de Paris). — La majorité des tiqueurs sont capables d'exécuter convenablement un mouvement bien défini dans leur esprit et commandé par un ordre précis, comme : mettez le bout de votre index sur le bout de votre nez. Mais lorsqu'on leur dit de prendre telle ou telle attitude du corps ou des membres, dans un grand nombre de cas, on remarque qu'ils n'ont pas une notion exacte de leurs attitudes. Alors qu'ils croient se bien tenir, si l'on vient à placer devant eux un miroir, ils sont tout surpris

de l'incorrection de leur position. Cependant leurs actes moteurs volontaires sont corrects, et ils ne semblent avoir aucun trouble des sensibilités cutanée, musculaire, articulaire, osseuse. Mais ils n'ont pas une notion exacte de leurs attitudes segmentaires, ce qui tient, sans doute, à l'imperfection de l'appareil cortical chargé de recevoir et de coordonner les impressions venues de la périphérie. Ce fait clinique comporte un enseignement pratique : dans le traitement des tics, qu'il s'agisse de faire observer l'immobilité absolue, de faire exécuter des mouvements méthodiques ou des exercices respiratoires, en règle générale le *sujet sera placé devant un miroir*. Il faut qu'il puisse contrôler par le secours de la vue les incorrections de ses attitudes et de ses gestes. De la sorte, il fait beaucoup plus aisément les corrections nécessaires et prend peu à peu l'habituce de viser à la « suppression des actes automatiques inutiles », ce qui est, comme l'a dit M. Brissaud, la meilleure discipline motrice qu'on puisse appliquer aux tiqueurs.

Il faut aussi analyser leurs tics devant eux, et leur apprendre à reproduire volontairement et très lentement les mouvements élémentaires dont ils se composent. Le jour où un tiqueur est capable d'imiter à volonté son tic, il est aussi capable de l'enrayer volontairement. L'emploi du miroir paraît à tous égards recommandable. Les tiqueurs exerçant un contrôle insuffisant sur leurs actes moteurs, on ne saurait assez multiplier les moyens de perfectionner leur éducation en vue d'améliorer ce contrôle. Bien les instruire dans cette voie c'est bien les soigner. Il faut, par tous les moyens possibles, *apprendre aux tiqueurs à se guérir*.

### *Démence épileptique précoce.*

M. J. Voisin lit trois observations nouvelles de démence épileptique, paralytique, spasmodique, infantile. Parmi ces observations deux sont relatives à des enfants de dix à douze ans, la troisième est celle d'une adolescente de dix-neuf ans. Il fait le diagnostic différentiel avec la démence précoce simple, la paralysie générale progressive et les idiots épileptiques. Ces observations viennent s'ajouter à celles que M. Voisin a déjà rapportées dans son livre sur l'épilepsie et au Congrès de 1900.

### *Fixation du prochain Congrès.*

A la fin de la séance, M. Ballet, chargé d'étudier la proposition d'un secrétariat général permanent des Congrès fait son rapport.

M. Bourneville fait remarquer qu'il y aurait peut-être lieu, pour la bonne organisation des Congrès et surtout pour la publication des comptes rendus, d'avoir un *secrétaire général permanent* et un *secrétaire général annuel*. Celui-ci serait chargé de tout ce qui

concerne l'organisation du Congrès dans la ville où il se réunit, tâche déjà lourde et toujours délicate et que, seul, par ses relations, il peut bien remplir. Il serait facile de préciser les attributions de l'un et de l'autre.

Le maintien du *statu quo* est voté.

La ville de Bruxelles est choisie pour siège du prochain Congrès, dont le bureau sera ainsi composé : Président, M. Francotte, de Liège; vice-présidents, MM. Morel et Lentz; secrétaire général, M. Crocq.

Les rapports suivants devront y être présentés : 1° *Traitement de l'agitation et de l'insomnie dans les maladies mentales.* Rapporteur : M. Trenel; 2° *Histologie de la paralysie générale.* Rapporteur : M. Klippel; 3° *Question d'administration des asiles et d'assistance* à déterminer par le comité belge. Rapporteur : M. Claus.

### *Le Banquet.*

Le Banquet officiel du Congrès a eu lieu le samedi soir à l'hôtel Primat-Thibaud et a réuni plus de 100 congressistes.

Des toasts nombreux ont été prononcés par M. le préfet de l'Isère, M. le président Régis, M. Crocq, de Bruxelles, M. Bonnet, secrétaire général ; M. Marie, vice-président, MM. Doutrebente et Obrégia. Le banquet a été suivi d'un concert improvisé où les congressistes ont eu le plaisir d'entendre de nombreux artistes distingués. Mme Bonnet, femme du sympathique secrétaire du Congrès, a été particulièrement applaudie dans « Lohengrin », la romance de « Nadir », de Bizet, et de vieilles chansons dauphinoises.

### *Excursion à la Mure et à Uriage.*

Le dimanche 3 août, a eu lieu une très belle excursion à La Mure avec retour par Uriage, où les 80 Congressistes, que conduisait M. Marie, vice-président, ont reçu le meilleur accueil à l'Etablissement thermal et au Casino. Personnellement, nous remercions M. le Dr Dron, M. le Dr Chatin et M. le Directeur du Casino de l'obligeance qu'ils ont mise à nous faire visiter l'étublissement thermal, fort bien installé, le casino, le théâtre et le parc. Nos lecteurs peuvent envoyer à Uriage leurs clients en toute sécurité. Ils y trouveront des installations balnéaires et hydrothérapiques confortables, des distractions variées et des excursions admirables.

---

## SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE

*Séance du* 15 *avril* 1902.

M. Bérillon. *Note sur un tic de l'épilation généralisé.*
M. Reignier (de Surgères). *L'hypnotisme et la liberté.*

*Séance du* 20 *mai* 1902.

M. de Coynard. *Une sorcière au XVIII^e siècle* : Marie-Anne de la Ville (1680-1725). — M. Henry Lemesle. *Les Saint-Suaires.* — M. Paul Farez. — Interprétation de quelques rêves soi-disant prophétiques.

*Séance annuelle du* 17 *juin* 1902.

Présidence de M. Jules Voisin

*Action vasomotrice de la suggestion : guérison des verrues.*

M. Hæberlin (de Hambourg) rapporte plusieurs cas de verrues guéries par des procédés populaires, superstitieux ou empiriques, tels que attouchements, prières, etc.

M. Paul Farez. Ces diverses recettes n'ont aucune efficacité en elles-mêmes ; elles agissent par suggestion indirecte, à la faveur de la confiance que le porteur de verrue accorde aux dits remèdes. La preuve en est que, sans aucun attouchement, la suggestion hypnotique fait disparaître les verrues. Témoin le cas dont je vous soumets les épreuves photographiques : celles-ci suivent pas à pas le processus suivant lequel la verrue arrive à disparition complète. Quatre séances de suggestion hypnotique ont eu raison d'une verrue qui datait de deux ans.

M. Bérillon. Une femme de Lausanne a guéri un nombre considérable de verrues, en les touchant avec la chemise d'une femme qui venait d'avoir ses règles. Bonjour (de Lausanne) les guérit couramment par un attouchement quelconque après avoir bandé les yeux du sujet. Gibert (du Havre) les guérissait par intimidation. Moi-même par l'hypnotisme j'ai obtenu une dissociation curieuse : chez un individu porteur de verrues aux deux mains, j'ai par suggestion supprimé les verrues de la main gauche, tandis que les verrues de la main droite sont restées intactes.

M. Macris (d'Athènes). En Grèce, on obtient de semblables

guérisons en récitant des prières consacrées ; mais il est indispensable que cela se passe le soir de la pleine lune.

M. Lepinay. Les empiriques de nos campagnes guérissent les verrues non seulement chez les humains, mais aussi chez les animaux par des prières spéciales, des attouchements, des piqûres avec des épines spéciales.

M. Paul Magnin. Les verrues qui guérissent le plus aisément par la suggestion sont celles qui saignent très facilement, c'est-à-dire les plus vasculaires. Si l'on se rappelle que la suggestion produit tous les degrés de la rubéfaction jusque et y compris la vésication, on comprendra qu'elle réalise des actions vasomotrices suffisantes pour provoquer la disparition des verrues.

*Appareil vibrateur destiné à favoriser l'hypnose.*

M. Bérillon. Avant de faire des suggestions (idéoplastie), il faut réaliser l'hypotaxie, c'est-à-dire rendre le sujet apte à recevoir la suggestion. L'appareil très simple que je vous présente facilite l'hypnotisation en désarmant le sujet et en brisant ses résistances. En outre, il met en branle le casque vibrant de Charcot et certains autres trembleurs qui se montrent très efficaces dans le traitement d'accidents neurasthéniques, de paralysies, d'anesthésies, etc.

M. Paul Magnin. Il y a plus de vingt ans, j'ai démontré qu'on pouvait obtenir des effets esthésiogènes avec toutes les excitations périphériques à la condition qu'elles fussent intermittentes et prolongées. Mes conclusions reposent sur trois ou quatre cents observations ou expériences poursuivies pendant plusienrs années. L'appareil de M. Bérillon offre un dispositif très pratique pour faire disparaître des anesthésies et les troubles nerveux qu'elles conditionnent.

*Hyperacuité sensorielle et analgésie chez les nègres soudanais.*

M. Damuglou (de Constantinople) rapporte les curieuses observations qu'il a faites pendant son séjour au Soudan égyptien. Les nègres de ce pays devinent la présence d'un puits situé à deux ou trois heures de marche ; même à cette distance ; ils sentent l'odeur des troupeaux qui avoisinent le puits. En considérant l'empreinte des pieds nus sur le sable, ils savent dire s'il s'agit d'une personne jeune ou vieille, qui porte ou ne porte pas de fardeau, d'un homme ou d'une femme, vierge, mariée, avec ou sans enfants. Les voleurs sont amputés de l'avant-bras ou de la jambe en pleine place publique en présence d'un grand concours de peuple ; ils subissent ces mutilations avec une impassibilité complète qui est l'effet d'une autosuggestion volontaire comme cela se passait pour les stoïciens et les martyrs chrétiens.

*Un cas d'hystéro-épilepsie datant de trois ans, guéri en une seule séance.*

M. Le Menant des Chesnais. A la suite d'un violent chagrin, une jeune fille de dix-huit ans est prise de crises convulsives avec perte de connaissance; elles viennent surtout le soir quand il y a eu des contrariétés dans la journée ; elles augmentent vite de fréquence et finissent par se montrer tous les jours. Elles ont complètement disparu après une seule séance de suggestion hypnotique.

*Pseudo-coxalgie suggérée par le milieu familial.*

M. Paul Farez. Un enfant de quatre ans va faire une longue promenade avec son père ; il revient un peu fatigué, en trainant la jambe gauche. Son père et sa mère, affolés, se lamentent, craignant qu'il s'agisse d'une coxalgie. La nuit se passe. Le lendemain, l'enfant est incapable de faire aucun mouvement dans son lit ; le moindre attouchement lui fait pousser des cris perçants. Intoxiqué, pour ainsi dire, par la croyance qu'il a une coxalgie, il en réalise inconsciemment la symptomatologie en l'exagérant, du moins en ce qui concerne la sensibilité et la motricité. Il me suffit de distraire l'enfant, de capter son attention, de lui raconter une histoire amusante ; pendant ce temps, j'arrive à palper tout son membre inférieur gauche sans qu'il s'en aperçoive, puis à provoquer toutes sortes de mouvements de flexion, d'extension, d'abduction, et d'adduction sans provoquer la moindre douleur. Je le fais lever, je l'habille et il m'accompagne parla main jusqu'à la porte de l'appartement, puis se met à jouer avec ses frères et sœurs. Cet enfant a une suggestionnabilité exagérée : ses parents lui demandent-ils s'il n'éprouve pas une douleur à tel endroit déterminé, aussitôt il l'éprouve réellement. Plusieurs fois il a donné à sa famille de sérieuses inquiétudes. Quand j'arrive, il me suffit de palper et de masser légèrement la région soi-disant malade, en affirmant que la douleur a disparu et celle-ci, en effet, est supprimée. La suggestion est une arme à deux tranchants. Les parents exercent souvent, au point de vue suggestif, une influence néfaste sur leurs enfants ; ils manquent de calme et d'empire sur eux-mêmes. D'une manière générale et surtout en pathologie nerveuse, il est souvent indispensable de soigner d'abord la névropathie du milieu familial, en particulier celle du père et de la mère ; à cette condition seulement, l'enfant peut être amélioré ou guéri.

*Recherches sur la tension artérielle chez les hypnotisées.*

M. Béaillon présente des tracés sphygmographiques desquels il résulte que l'hypnotisme peut réaliser d'un bras à l'autre le trans-

fert de l'hypo ou de l'hypertension artérielle d'une manière générale, la tension artérielle varie, suivant qu'on la mesure avant, pendant ou après le sommeil hypnotique. Cette modification de la tension artérielle est un signe objectif indéniable de la réalité de l'hypnotisme.

*Un cas de paraplégie guéri par la suggestion.*

M. Stembo (de Milan) rapporte un cas de paraplégie traité d'abord par l'électricité, la gymnastique, les bains hydro-électriques ; on n'avait obtenu qu'une amélioration. La guérison ne survint que lorsqu'on eut recours à la suggestion hypnotique.

*Considérations sur l'hystérie.*

M. Paul Joire (de Lille). Les recherches microscopiques n'ont appris rien de précis sur l'hystérie. En supposant que les prolongements appendiculaires des neurones soient modifiés dans un certain sens, faut-il y voir la cause ou seulement la conséquence de l'hystérie? A côté de l'anatomie pathologique qui cherche à déceler la lésion organique, il y a la physiologie et la psychologie pathologiques qui nous révèlent des troubles dynamiques du système nerveux. L'hystérie se traduit par une modification de l'équilibre normal telle que l'activité ou le potentiel du système nerveux se trouve diminué sur certains points et augmenté sur d'autres au détriment des premiers, sans qu'il y ait en réalité augmentation ni diminution absolue dans le total de l'activité nerveuse disponible. Le traitement de l'hystérie a pour but de rétablir l'équilibre détruit.

*La cause des phénomènes hystériques.*

M. Delius (de Hanovre). Ce sont des influences psychiques qui, le plus souvent, font apparaître les symptômes somatiques de l'hystérie. Les émotions, la peur, la foi, la crainte, les rêves, provoquent des dissociations : certains centres sont frappés d'inhibition, d'autres de dynamogénie. La suggestion répare tous ces désordres, témoin les cas suivants dont l'observation est rapportée par l'auteur : toux nerveuse, aphonie hystérique, astasie, abasie, ptosis, spasmes musculaires, parésie, paralysie, diarrhée nerveuse, pollakiurie.

*Les troubles somatiques et psychiques de l'hystérie.*

M. Tesdorpf (de Munich). On a tort de considérer à part les troubles somatiques et les troubles psychiques de l'hystérie et de considérer cette dernière tantôt comme une maladie nerveuse, tantôt comme une maladie mentale. C'est une maladie psychique, ainsi que le montrent l'analyse clinique et l'expérimentation pyschologique. La médecine psychologique française en particulier, sous l'impulsion de Charcot, a contribué à montrer qu'il s'agit surtout

de troubles d'association. La psychologie a rendu à la médecine le double service de pénétrer la nature intime de l'hystérie et de donner un traitement des troubles même somatiques pour lesquels se manifeste cette dernière. Le médecin de maladies nerveuses ne peut plus se dispenser d'être psychologue.

*Communications diverses.*

M. Jules Voisin. Incontinence d'urine et hystérie.

M. Paul Magnin. Contractures et hyperexcitabilité neuromusculaire chez les hystériques hypnotisables.

M. Aragon. Une théorie pathogénique du doute.

M. Félix Regnault. Les caractères chez les monstres doubles.

M. Bellemanière. Diverses formes de l'attention chez l'enfant.

M. Lepinay. L'hypnotisme chez le cheval.

M. Caustier. Sur la méthode en psychologie zoologique.

---

# VARIA.

## Congrès international de l'assistance des aliénés et spécialement de leur assistance familiale.

(*Anvers, 1-7 septembre 1902* [1]).

Au dernier Congrès International de l'Assistance familiale, tenu à Paris en octobre 1901, la section psychiatrique dut constater que le travail considérable qu'elle venait d'entamer ne pouvait être mené à bonne fin que par la constitution indépendante d'une nouvelle session, où les problèmes pourraient être soumis à un examen plus approfondi. Cette nouvellle session aura lieu du premier au sept septembre prochain, à Anvers. Elle sera consacrée à l'étude de *l'assistance des aliénés et spécialement de leur assistance familiale*.

L'asile fermé est actuellement le principal mode d'assistance des aliénés. Le nombre de ceux-ci est trop élevé pour qu'on puisse songer à les placer tous autrement. Du reste, beaucoup d'entre eux ont besoin d'un traitement régulier et d'une surveillance suivie,

[1] Sous la présidence d'honneur de M. Van den Heuvel, ministre de la Justice, et la vice-présidence d'honneur de MM. J. Lejeune, ministre d'État, ancien ministre de la Justice, Comte de Mérode-Westerloo, sénateur, ancien ministre des Affaires Étrangères, V. Begerem, membre de la Chambre des Représentants, ancien ministre de la Justice, Petit de Thozée, gouverneur de la province de Liège, Frédégand Gogels, gouverneur de la province d'Anvers, Jan van Rijswijck, bourgmestre de la ville d'Anvers.

que l'asile fermé est seul capable de leur fournir. Aussi ces refuges ne se comptent-ils plus ; on en construit de nouveaux tous les jours. L'on agrandit ceux qui existent ; on les modifie dans leur forme extérieure : on construit des quartiers indépendants, des cottages, des fermes-asiles, des colonies de travail. Le régime intérieur a été adouci : on donne aux malades des occupations, des distractions, des fêtes, un plus grand degré de liberté, des sorties à titre d'essai; pour quelques-uns mêmes les portes restent ouvertes. Ce sont là les signes d'une louable tendance à se rapprocher de la vie sociale.

Gheel, où des centaines de malades jouissent depuis des siècles de la liberté et de la vie de famille, Gheel fut considéré longtemps comme une simple curiosité, un singulier village.

L'exemple de l'Ecosse, qui applique depuis de longues années l'assistance familiale à de nombreux malades, ne trouva pas d'imitateurs. Une croisade passionnée, dont le docteur Baron Mundy fut le Pierre l'Ermite, ne réussit pas à fixer d'une manière durable l'attention des médecins et des administrateurs, et l'internement des aliénés resta la règle générale.

Le flot de la folie montant toujours, on se trouva, en face de l'encombrement général, avec tous ses inconvénients. Il fallut s'imposer de nouveaux efforts. Les dépenses augmentaient, menaçant l'équilibre des budgets.

On finit par se dire qu'il y a des malades qui ne sont pas dangereux, qui n'ont besoin ni d'un traitement, ni de soins spéciaux. et qui ne demandent qu'à vivre dans la société. Depuis vingt ans, des essais d'application du patronage familial se font un peu partout. La Belgique a reproduit à Lierneux le modèle de la colonie de Gheel ; la Russie est depuis longtemps ralliée au système ; la France a fondé les colonies de Dun-sur-Auron et d'Ainay-le-Château; la Prusse construit des Asiles spéciaux auxquels elle annexe des colonies ; des pays limitrophes se préparent à l'imiter ; l'Autriche a mis pratiquement ce système à l'étude ; la Hollande entre, timidement encore, dans la voie, et l'Amérique du Nord continue des expériences qui se font dans les conditions les plus désavantageuses.

Le patronage familial des aliénés fait donc sa trouée ; il prend la place à laquelle il a droit comme mode particulier d'assistance. C'est bien le moment de provoquer une réunion de tous ceux qui s'intéressent à la question.

On pourrait croire que le sujet est trop restreint pour fournir de la matière aux discussions d'un congrès spécial ; mais ses limites sont plus étendues qu'on pourrait se l'imaginer. Quelle est la valeur de l'assistance familiale au point de vue scientifique, humanitaire, financier ? Quels sont les malades appelés à en bénéficier ? Comment doit-on s'y prendre pour fonder, pour organiser administrativement, scientifiquement de nouvelles colonies ? Où trouver, comment former les populations qui se chargeront de soigner les aliénés ?

L'assistance familiale embrasse aussi les malades qui sont soignés dans leurs propres familles avec ou sans surveillance des autorités. Car, s'il y a certainement des aliénés qu'on enferme sans nécessité, il y en a dont l'internement est désirable. Ce côté de la question intéresse non seulement les familles elles-mêmes, mais aussi les législateurs et les autorités judiciaires ; c'est le cas, par exemple, pour la Belgique, où les juges de paix ont à visiter les aliénés séquestrés à domicile dans leurs cantons.

Il est impossible d'examiner le régime des colonies sans toucher directement au régime des asiles fermés. C'est pour cette raison que la commission organisatrice s'est cru autorisée à étendre le programme du congrès. Tout en portant spécialement son attention sur l'assistance familiale, elle n'a voulu exclure aucune des questions qui peuvent intéresser l'assistance des aliénés en général.

L'utilité de notre congrès ressort donc de son actualité, ainsi que du nombre et de l'importance des questions que soulève l'étude du patronnage familial ; aussi espérons-nous que les médecins en général, les hommes de loi, les philanthropes, assisteront en grand nombre à ces assises consacrées à l'étude des intérêts les plus élevés de la science et de l'humanité. Il ne s'agit pas d'établir la supériorité de tel ou tel système, mais de prendre partout ce qu'il y a de bon et d'en faire profiter les aliénés.

LE COMITÉ D'ORGANISATION.

## LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ.

*Tué par un fou dans un train.* — Un crime a été commis dans le train express de Paris à Lille, parti hier soir de Paris, à huit heures. Plusieurs voyageurs avaient pris place dans un wagon de 2e classe à couloir. Parmi ces voyageurs se trouvaient un M. Fournier, avoué à Béthune, accompagné de sa femme, et un individu paraissant ne pas jouir de ses facultés intellectuelles.

Les deux hommes se trouvaient dans le couloir du wagon, lorsque, à un moment donné, aux environs d'Albert, M. Fournier voulut aller rejoindre des amis dans un compartiment. Le fou l'empêcha de passer. M. Fournier insista. Alors le fou sortit un revolver de sa poche et tira à bout portant sur son interlocuteur qui, atteint à la tête, tomba foudroyé. Les autres voyageurs se précipitèrent et désarmèrent le meurtrier. (*Le Temps*, 27 mai 1902.)

*Un fou à l'Elysée.* — Hier soir, à six heures, au moment où le président de la République allait rentrer à l'Elysée, un individu qui venait de franchir la grille du palais présidentiel fut arrêté par les gardiens : — Je veux, leur dit-il, présenter un placet à M. Loubet.

Conduit au commissariat de police de la rue d'Astorg, cet indi-

vidu, qui paraissait très exalté, a déclaré se nommer Léonard Blanc, âgé de quarante-deux ans, demeurant 4, impasse Maubert. Ancien employé révoqué de la Compagnie Paris-Lyon-Méditerranée, il voulait, disait-il, obtenir justice du chef de l'Etat. M. Belouino, commissaire de police, a fait conduire Blanc à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Temps*, du 26 mai 1902.)

— Rue de Rome, la dame Neukery, quarante ans, atteinte de folie, a tout brisé dans sa chambre et après avoir mis le feu s'est pendue. On a éteint rapidement l'incendie, mais la pauvre folle est morte. (*Le Bonhomme Normand* du 27 septembre au 3 octobre 1901).

*Une séquestration.* — On mande de Tarbes : le parquet de Bagnères-de-Bigorre vient de se transporter à Devèze, près Castelnau-Magnoac, où depuis dix ans une pauvre *folle*, Armandine Sabathie, âgée de quarante ans, vit dans son lit enchaînée. Elle déclare avoir été ainsi torturée par sa sœur et son beau-frère. Une fois elle avait voulu vainement briser son attache, une grosse chaîne à bœufs solidement fixée à un poteau près du lit ; depuis elle souffrait sans se plaindre. D'après l'examen médical, cette malheureuse sequestrée serait une hystérique inoffensive. (*Le Temps*, 9 juin 1902.)

*Empoisonnements multiples par une aliénée.* — On mande de Narbonne, qu'une femme Franconal, de Montredon, qui avait perdu la raison à la suite d'un accident dans lequel un de ses enfants, âgé de quatre ans, avait été écrasé par une charrette, a versé du poison dans la soupe que devait consommer la famille. Elle est morte ainsi qu'une de ses fillettes ; son mari et un autre enfant sont dans un état désespéré ; on conserve quelque espoir de sauver une cinquième victime. (*Le Temps* du 5 mars 1902.

*Corneville-sur-Risle.* — *Incendie.* — Lundi, vers deux heures du matin, le feu s'est déclaré dans une chaumière située au hameau du Bocage, commune de Corneville-sur-Risle, et appartenant à M^me^ veuve Postel. Cette chaumière était habitée par une pauvre fille, Séraphine Renard, âgée de cinquante-cinq ans, connue dans le pays sous le surnom de *La Follette*, parce qu'elle avait depuis longtemps perdu la raison et était atteinte d'une folie douce et inoffensive. Cette infortunée recevait des secours de la commune qui assurait son logement ; mais elle vivait surtout de la charité des voisins. Elle avait l'habitude de passer une partie des nuits dehors, errant dans les champs et ramassant quelques provisions ou du bois. Par pitié, on fermait les yeux sur ces maraudages insignifiants.

On suppose qu'au retour d'une de ces tournées nocturnes, la pauvre fille aura allumé du feu pour se réchauffer et se sécher. Du bois, entassé dans le grenier, se sera enflammé par suite d'une fissure de la cheminée, et la chaumière, en quelques instants, a

été complètement embrasée. La fille Renard n'a pas reparu ; on craint qu'elle n'ait été surprise et que son cadavre ne soit enseveli sous les décombre. (*Progrès de l'Eure*, 7 mars 1902).

Ce fait s'ajoute à ceux que nous avons publiés pour montrer les dangers de laisser sans survéillance les aliénés même inoffensifs. Cette malheureuse, isolée, aurait dû être placée à l'asile d'Évreux, où l'on trouve des places pour les aliénés de la Seine et non pour les aliénés du département même.

— Le nommé Jean Minodier, tanneur à Annonay, route de Levert, a été pris le 19 février d'un accès de folie furieuse et s'est jeté sur sa femme, qui se trouvait près du berceau de leur jeune enfant, âgé de trois mois. Après avoir assommé la malheureuse d'un coup de massue, Minodier s'est porté à la gorge plusieurs coups de rasoir, puis s'est jeté par une fenêtre du deuxième étage dans la rue.

Minodier donnait *depuis quelque temps des signes de dérangements cérébraux* et avait dû cesser tout travail. Sa femme, âgée de trente-six ans, était depuis quelques jours en traitement à l'hôpital à la suite de ses couches.

Hier soir Minodier, alla chercher sa femme à l'hôpital et ils rentrèrent ensemble à leur domicile. Vers six heures, les voisins entendirent des coups sourds qui provenaient du logement des époux Minotier. En même temps, l'aîné des enfants sortait, en disant : Je crois que papa vient de tuer maman.

On alla chercher la police. Dans la cuisine une large trace de sang allait jusqu'à la porte de la chambre à coucher. Sur la table, une bouteille de vin et des verres témoignaient que les époux Minodier avaient dû boire ensemble.

Dans la chambre à coucher, la femme Minodier était étendue sur le lit, le crâne fracassé en plusieurs endroits ; elle avait été frappée avec un marteau qu'on a rétrouvé au milieu de la chambre. Sur le parquet, Minodier gisait dans une mare de sang, ayant une large blessure au cou, faite avec un rasoir. Quand la police entra, le meurtrier se releva et, ouvrant la fenêtre, se précipita du deuxième étage dans la rue. Un fil téléphonique amortit sa chute et Minodier ne se fit que des blessures légères en tombant sur le sol,

Les deux blessés ont été transportés à l'hôpital, où la femme Minodier est morte ce matin. (*Le Temps* du 21 février 1902.)

### Drames de l'alcoolisme.

Jean Talbot, cinquante-sept ans, garde particulier à Yseure (Allier), a tiré, étant ivre, un coup de fusil sur sa femme qu'il a atteinte grièvement, puis il a voulu tuer, d'un coup de couteau, sa fillette de onze ans que des voisins ont sauvée. (*Bonhomme Normand* du 12 au 18 juillet.)

*Une brute.* — Il y a quelques jours le nommé Louis Trémois, vingt-huit ans, cultivateur à Manneville-la-Raoult, près Honfleur, se trouvait, étant ivre, chez la dame Maillard, cultivatrice au même lieu. A la suite d'une discussion, Trémois sortit dans la cour, saisit un âne qui s'y trouvait et lui enfonça les doigts dans les orbites avec une telle force que le malheureux animal est aujourd'hui aveugle. Plainte a été portée (*Bonhomme normand*, du 8 et 14 août).

Nous avons observé un idiot qui plaçant ses doigts en fourche, les enfonça dans les orbites d'un infirmier qui perdit l'un des yeux. Il appelait cela *faire la fourche*.

— A Cannes, un Italien, Volla Dalmasso, se trouvant en état d'*ivresse*, a allumé une cartouche de dynamite dans la cour de la maison Giraud, habitée par 100 personnes. L'explosion a brisé toutes les vitres de la maison, causant un vif émoi. Une deuxième cartouche plus forte, et qui était déjà allumée, put être éteinte. Dalmasso, qui a pris la fuite, est recherché. (*Indicateur de Cognac*, du 23 mars 1902.

### Le jubilé de Krafft-Ebing a Vienne.

Mardi dernier, 11 mars, on a fêté à Vienne le trentième anniversaire de professorat du célèbre psychiatre Krafft-Ebing qui le même jour a quitté la carrière professorale. Son ouvrage la *Psychopathie sexuelle* est classique; il se traduit dans toutes les langues, il en est à sa onzième édition allemande. Krafft-Ebing s'est en effet surtout adonné à l'étude des perversions sexuelles d'origine psychiques, il a jeté dans ce domaine autrefois obscur une vive lumière. Et là comme partout, la science a fait œuvre de bonté : elle a brisé les chaînes dont on accablait les fous; elle a délivré de l'opprobre les criminels irresponsables; elle a fait justice des châtiments infligés autrefois aux syphilitiques ; elle lève, grâce à Krefft-Ebing, l'opprobre qui pèse sur les pervertis sexuels, montrant en eux des malades. Moins de châtiments, plus de traitement et plus de pitié, telle est l'œuvre bienfaisante de la science médicale partout où elle passe.

Krafft-Ebing est un clinicien et un orateur remarquables : son habileté à interroger les aliénés, la facilité avec laquelle, par la seule persuasion, il provoque les confidences de ceux qui jusqu'alors ont résisté à tous les interrogatoires, sont extraordinaires. Il a formé nombre d'élèves éminents. Ceux qui l'ont entendu gardent de son enseignement un souvenir inoubliable. (*Journal d'accouchements*, de Liège, 30 mars 1902.)

### Les aliénés dans les familles.

Sous ce titre : *Dix-sept ans dans une cage*, le *Réveil du Dauphiné* publie le fait suivant d'après une dépêche de Stockolm du 2 août :

En Suède, où le nombre des maisons de santé est très restreint, on a l'habitude de placer des aliénés en pension chez des familles qui habitent la campagne. Cet usage a bien des inconvénients.

A Dalsland, les autorités ont, par hasard, découvert une paysanne aliénée qui, depuis dix-sept ans, était enfermée dans une vaste cage faite de palissades en bois. On ne lui permettait même pas d'en sortir pour une courte promenade. La pauvre malade est mariée, appartient à une famille qui vit dans l'aisance et qui l'avait placée en pension chez ces tortionnaires. La justice a ouvert une enquête.

---

# FAITS DIVERS.

---

Asiles d'aliénés. — *Nominations et promotions.* — M. le Dr Bellat, directeur médecin à Breuty (Charente) promu à la classe exceptionnelle du cadre à dater du 1er octobre 1902. — M. le Dr Mignot, chef de clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale à la Faculté de médecine de Paris est nommé médecin-adjoint à l'asile d'aliénés d'Auxerre en remplacement de M. le Dr Bonne, nommé à Braqueville (Haute-Garonne), poste créé. — M. le Dr Toy, médecin-adjoint à l'asile de Braqueville (Haute-Garonne), est promu à la classe exceptionnelle du cadre. — M. le Dr Ameline, médecin-adjoint (concours de Paris) nommé médecin-adjoint) à la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher) poste créé. — *Arrêté du 23 août* 1902. — 1° M. le Dr Ameline, médecin-adjoint à la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher) est nommé à la 2e classe du cadre. — 2° M. le Dr Jacquin, médecin-adjoint à l'asile public d'aliénés de Bordeaux, est promu à la 1re classe du cadre à partir du 1er novembre 1902.

Asile d'aliénés d'Alençon. — *Avis.* — Une place d'interne sera vacante le 1er septembre 1902, à l'Asile public d'aliénés d'Alençon. Maximum de scolarité : 12 inscriptions de doctorat. Avantages : 800 francs, logement, nourriture, chauffage, éclairage, blanchissage. Adresser les demandes au Dr Anglade, directeur, médecin en chef.

Un sorcier maltraité. — Le nommé Bertrand, cantonnier à Beauvais (Tarn), passait pour *sorcier* et jeteur de sort. L'autre soir, comme il était à sa fenêtre, un coup de fusil chargé de plomb fut tiré sur lui et il fut atteint dans le flanc gauche. Son état est grave. On a arrêté un nommé Lauzéral, qui avait reproché plusieurs fois à Bertrand de lui avoir jeté un sort. (*Le Bonhomme Normand* du 17 juillet 1902),

# BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

ARMAND. — *Nécessité de créer des hôpitaux d'aliénés curables et de délirants.* In-8° de 66 pages. Villefranche. 1902.

CLADO. — *Diagnostic gynécologique, oganes génitaux et mamelles.* In-18° de 822 pages avec 109 figures. Prix : 6 francs.

CUYER (Ed.). — *La mimique.* In-18° de 366 pages avec 75 figures. Prix : 4 francs. Doin, édit.

DÉJERINE (J.). — *Anatomie des centres nerveux,* t. II. Grand in-8 de 730 pages. Prix : 32 francs. J. Rueff, édit.

DIEHL. — *Zum studium der merkfaïhigkeit.* In 8° de 40 pages. Prix : 1 fr. 25. Berlin 1902. Karger édit.

KASSOWITZ. — *Alkoholismus im Kindesalter.* In-8 de 32 pages, Prix : 1 franc. Berlin, 1902, Karger édit.

LADISLAUS V. VARADY. — *Untersuchungen über den oculopupillaren sensiblen Reflex.* In-8 de 12 pages. Extrait du *Wiener klinischen Wochenschrift.* Wien, 1902.

MALAPERT (P.). — *Le caactère.* In-18° de 300 pages. Prix : 4 francs. Doin, édit.

MUGGIA. — *Un tumore della base del cranio.* In-8° de 12 pages. Estratto dalla *Riforma medica.* Roma. 1902, Falli typogr.

ROBIN (Eug.). — *Contribution à l'étude des malformations dentaires chez les idiots hystériques et épileptiques.* In-8 de 64 pages.

SAENGER. — *Neurasthenie und hysterie bei Kindern.* In-8 de 32 pages aver 2 figures. Prix : 1 franc. Berlin, 1902, Karger édit.

SEGLAS (J.). — *Epilepsie et amnésie rétrograde.* In-8 de 18 pages. Extrait de la *Presse médicale.* C. Naud, édit.

SEGLAS et DARCANNE. — *Le dermographisme chez les aliénés.* In-8 de 8 pages. Extrait des *Annales médico-psychologiques.* C. Naud, édit.

VERNET (G.). — *L'Assistance des épileptiques* (*l'hospice Dessaignes*, à Blois). In-8° de 174 pages.

VIANNY (Ch.). — *Les paralysies des nerfs périphériques et la systématisation de ces nerfs.* Grand in-8° de 152 pages avec 12 figures et 2 planches hors texte. J.-B. Baillière et fils édit. Prix :

WILBRAND et SAENGER. — *Die beziehungen der nervensystems zu den thränenorganen zur bindehaut und zur hornhaut. — Ein handbuch für nerven-und augenärzte.* In-8° de 324 pages, avec 49 figures. Wiesbaden 1901, Bergmann Verlag.

*Le rédacteur-gérant :* BOURNEVILLE.

Evreux, Ch. HÉRISSEY, imp. — 9-1902.

Vol. XIV. Octobre 1902. N° 82.

# ARCHIVES DE NEUROLOGIE

## CLINIQUE MENTALE.

INFIRMERIE SPÉCIALE. — SERVICE DE M. PAUL GARNIER

## Contribution à l'étude de la folie communiquée et simultanée ;

Par MM. GUIARD et DE CLÉRAMBAULT,

Internes du service.

I. La question de la folie à deux ou folie communiquée fut étudiée pour la première fois par Legrand du Saulle, dans son traité du *Délire des persécutions*[1], sous ce titre : « Idées de persécution communiquées ou délire à deux et à trois personnes. »

« Dans tous les cas de véritable délire communiqué, dit Legrand du Saulle, et alors que les deux malades sont en traitement, le médecin peut remarquer que l'un domine l'autre, que celui-ci n'est que l'écho de celui-là, que le premier est intelligent, et que le second est moins bien doué. L'un est le persécuté actif, l'autre le persécuté passif. Isolez-les, traitez-les, faites qu'ils ne se voient ni se s'écrivent, le premier fera tous les jours un pas vers l'incurabilité, le second marchera résolument vers la guérison. »

Quelques années plus tard, MM. Falret et Lasègue consacrèrent un mémoire à l'étude de la folie communiquée[2]. Voici leurs conclusions :

1° Dans les conditions ordinaires, la contagion de la folie n'a pas lieu d'un aliéné à un individu sain d'esprit, de même que la

[1] Legrand du Saulle. *Du délire des persécutions*, ch. VI, 1871.

[2] Lesègue et Falret. *La folie à deux ou folie communiquée* (*Archives générales de médecine*, septembre 1877).

contagion des idées délirantes est très rare d'un aliéné à un autre aliéné.

2° La contagion de la folie n'est possible que dans des conditions exceptionnelles que nous venons d'étudier sous le nom de folie à deux.

3° Ces conditions spéciales peuvent être résumés ainsi : a. Dans la folie à deux, l'un des deux individus est l'élément actif; plus intelligent que l'autre, il crée le délire et l'impose progressivement au second qui constitue l'élément passif. Celui-ci résiste d'abord, puis subit peu à peu la pression de son congénère tout en réagissant à son tour sur lui, dans une certaine mesure, pour rectifier, amender et coordonner le délire, qui leur devient alors commun et qu'ils répètent à tout venant, dans les mêmes termes et d'une façon presque identique.

b. Pour que ce travail intellectuel puisse s'accomplir parallèlement dans deux esprits différents, il faut que ces deux individus vivent pendant longtemps, absolument d'une vie commune, dans le même milieu, partageant le même mode d'existence, les mêmes sentiments, les mêmes intérêts, les mêmes craintes et les mêmes espérances, et en dehors de toute autre influence extérieure.

c. La troisième condition pour que la contagion du délire soit possible c'est que ce délire ait un caractère de vraisemblance; qu'il se maintienne dans les limites du possible; qu'il repose sur des faits survenus dans le passé, ou sur des craintes et des espérances conçues pour l'avenir. Cette condition de vraisemblance seule le rend communicable d'un individu à un autre et permet à la conviction de l'un de s'implanter dans l'esprit de l'autre.

4° La folie à deux se produit toujours dans les conditions ci-dessus indiquées. Toutes les observations présentent des caractères très analogues, sinon presque identiques, chez l'homme et chez la femme, comme chez l'enfant, l'adulte et le vieillard.

5° Cette variété de la folie est plus fréquente chez la femme, mais on l'observe aussi chez l'homme.

6° On pourrait faire intervenir dans sa production l'hérédité, comme cause prédisposante, lorsqu'il s'agit de deux personnes appartenant à la même famille ; mais cette cause ne peut plus être invoquée dans les cas où il n'existe aucun lien de parenté, par exemple lorsque la maladie se produit entre le mari et la femme.

7° L'indication thérapeutique principale consiste à séparer l'un de l'autre les deux malades. Il arrive alors que l'un des deux peut guérir, surtout le second, quand il est privé du point d'appui de celui qui lui a communiqué le délire.

8° Dans la plupart des cas, le second malade est moins fortement atteint que le premier. Il peut même quelquefois être considéré comme ayant subi une simple pression passagère et comme n'étant pas aliéné, dans le sens social et légal du mot. Il n'a pas

alors besoin d'être séquestré, tandis que l'on fait enfermer son congénère.

9° Dans quelques cas rares, la pression morale exercée par un aliéné sur un autre individu plus faible que lui peut s'étendre à une troisième personne ou même, dans une mesure plus faible, à quelques personnages de l'entourage. Mais il suffit alors presque toujours de soustraire l'aliéné actif à ce milieu qu'il a influencé à divers degrés pour que l'entourage abandonne peu à peu les idées fausses qui lui avaient été communiqués.

Tout en adoptant les conclusions de Lasègue et Falret, Baillarger fit remarquer qu'il y avait lieu de distinguer les cas de véritable folie communiquée « de ceux beaucoup plus fréquents où des gens faibles d'esprit, et vivant avec un aliéné, finissent par se laisser persuader et croire à la réalité de ses hallucinations ou de ses conceptions maladives, sans toutefois devenir aliénés eux-mêmes, c'est-à-dire sans présenter aucun symptôme de délire et sans commettre aucun acte imputable à l'aliénation [1] ».

Etendant l'idée de Baillarger, M. Régis constitue un groupe à part de tous ces cas dans lesquels, dit-il, « un aliéné fait partager ses conceptions délirantes à une ou plusieurs personnes de son entourage, sans que celles-ci puissent être considérées comme réellement atteintes de folie. »

Il y a *communication* des idées délirantes d'un sujet à l'autre. Il faut pour cela : *a*. Qu'un individu jouisse normalement sur un autre individu d'une autorité intellectuelle et morale incontestable. Aussi le *sujet passif* est-il le plus souvent un enfant, un faible d'esprit, un domestique ou un vieillard, une personne naïve ou crédule ; *b*. Que ces deux individus vivent *en contact* plus ou moins prolongé : cette condition n'est point indispensable, pas plus que l'hérédité, chez l'un ou l'autre sujet ; *c*. Que l'organe actif devenu aliéné *communique* une partie de son délire à l'organe passif. Ce délire, pour être transmis, doit avoir un caractère de vraisemblance qui s'impose. Mais entre ces deux sujets existe toujours une *ligne de démarcation* infranchissable. L'un est fou, au sens social et légal du mot, l'autre ne l'est

[1] Baillarger. *Société médico-psychologique*, 30 juin et 28 juillet 1873 et *Recherches sur les maladies mentales*, t. I, p. 557. *Quelques exemples de folie communiquée*, 1890.

pas. Enfin l'organe passif ne tarde pas à *se débarrasser* de ses idées fausses dès qu'il se trouve soustrait à l'influence de celui qui les lui avait communiquées. Telle est la folie communiquée. Dans un second groupe, M. Régis range les cas où il y a non pas *communication* mais simultanéité du délire chez les deux sujets, sans que l'un soit actif, l'autre passif. Ces cas se résument ainsi :

*a*) Deux individus sont héréditaires, c'est-à-dire prédisposés à la folie ; — *b*) Ils vivent en contact intime et perpétuel ; — *c*) Des influences occasionnelles surviennent qui, agissant à la fois, au même moment et de la même façon sur ces deux individus, les rendent fous *simultanément* ; — *d*) Ils sont ordinairement atteints au même degré. Ils ont exactement le même délire, les mêmes hallucinations, le même langage pathologique ; — *e*) La séparation n'a généralement aucune influence heureuse sur leur état mental.

Telle est la folie simultanée[1]. La distinction faite par M. Régis est très importante, mais quand on lit attentivement les observations publiées, on s'aperçoit que les unes se rapportent entièrement à l'un ou à l'autre des deux groupes établis, tandis que les autres s'écartent plus ou moins du type décrit, par un certain nombre de variantes qui en font des cas intermédiaires, des cas de transition.

Quand, par exemple, il s'agit bien réellement d'un délire communiqué, le sujet passif peut ne pas rester un simple crédule, mais devenir un aliéné : il peut ne pas guérir, même séparé de son compagnon ; les idées délirantes qu'il accepte avec leurs réactions morbides, qu'il fait siennes et qu'il défend avec conviction, ne changent pas de nature par ce seul fait qu'il ne les a pas puisées dans son propre fonds. Enlevons l'agent provocateur (l'élément actif), le délire reste, et peut-on dire que ce n'est pas un délire *parce qu'il a été communiqué ?* La vraisemblance du délire, condition importante pour sa transmission, ne prouve point que ce délire n'ait des racines profondes, d'autant plus profondes mêmes qu'il est plus vraisemblable.

Le véritable criterium est dans l'évolution du délire, et dans la constitution névropathique[2], dans la prédisposition,

[1] Régis, thèse, Paris, 1880.

[2] Marandon de Montyel. *Des conditions de la contagion mentale morbide* (*Ann. méd.-psych.*, 1894, p. 266 et 487).

héréditaire ou acquise, du sujet passif qui sera tantôt un simple crédule bientôt guéri, tantôt un aliéné incurable, suivant sa résistance cérébrale et l'ascendant de son partenaire.

Baillarger avait bien vu ces cas quand il dit[1] : « Je crois utile de faire remarquer les liens très étroits qui unissent souvent ces deux ordres de faits. Le malade commence par faire accepter ses conceptions délirantes comme vraies par le parent avec lequel il vit en étroite communauté d'idées et de sentiments ; jusque-là il n'y a qu'un fait de crédulité, mais les conséquences de l'idée fausse ne tardent pas à se produire. »

Cette distinction apparaît aussi dans les conclusions de Lasègue et Falret que nous avons reproduites. M. Régis lui-même la reconnaît : « Est-ce à dire qu'il (le sujet passif) ne puisse pas devenir aliéné et que cette espèce de baptême pathologique qu'il a reçu lui confère une immunité définitive à l'égard de la folie ? Ce serait une erreur de le penser. Bien au contraire, cette fréquentation d'un aliéné au contact duquel il a laissé une partie de sa raison lui crée certainement une prédisposition fâcheuse pour l'avenir[2]. » Mais, dans tous ces cas, il s'agit ds *folie communiquée*.

Dans le second groupe, celui de la folie simultanée, alors que le délire est éclos en même temps chez des individus héréditaires et placés dans le même milieu, soumis aux mêmes causes, il est impossible de trouver un sujet actif jouissant d'une supériorité intellectuelle et morale, primitivement délirant, qui transmet son délire dans les conditions que nous avons étudiées plus haut. L'erreur des aliénistes qui ont confondu ces cas avec la folie communiquée a été de vouloir découvrir, malgré tout, un *promoteur* du délire et de voir un rapport de succession là où il n'y a que simultanéité dans l'ordre chronologique : aussi a-t-on vu des malades considérés tour à tour comme sujets actifs ou sujets passifs, suivant le médecin qui les examine Ceci admis, il n'en est pas moins vrai qu'une analyse attentive permet souvent de découvrir des différences entre les sujets, dont l'un, plus intelligent, sans être toutefois l'agent provocateur, *dirige* en

[1] Baillarger, *loc. cit.*

[2] Regis, thèse, p. 22.

quelque sorte et soutient le délire, jouant, dans l'association, le rôle de *conducteur*. C'est ce qu'a très bien exprimé M. Régis : « Il est rare que les deux sujets soient également héréditaires, également prédisposés, et c'est là peut-être ce qui explique que, dans certains cas, le délire, étant malgré tout le même, et étant survenu simultanément, l'un des malades réagisse plus activement que l'autre, sous l'influence des conceptions délirantes communes. » Mais, et c'est là le point essentiel, il s'agit toujours de *folie simultanée*.

Ces considérations vont s'éclairer à la lecture des deux observations que nous publions ici et dont l'une concerne un délire simultané chez les trois sœurs, ayant entraîné les réactions les plus bizarres, l'autre un délire communiqué par la mère à son fils.

Observation I. — *Folie simultanée chez trois sœurs avec prédominance de l'une d'elles dans la conduite du délire. Idées de persécution. Interprétations délirantes. Existence vagabonde dans les hôtels et dans les fiacres.*

En février 1902, les trois sœurs M... Jeanne, Annette et Clotilde, (59, 56 et 48 ans) étaient conduites à un commissariat, à la suite d'une altercation avec un cocher de fiacre qu'elles se trouvaient, sur le moment, ne pouvoir payer. N'ayant pu justifier d'un domicile actuel, elles furent envoyées au dépôt sous l'inculpation de vagabondage; elles eurent à passer devant un magistrat au sujet de leur dette envers le cocher, et au moment où elles pensaient redevenir libres, elles étaient amenées toutes les trois à l'Infirmerie spéciale du dépôt, pour avoir déclaré devant le juge qu'elles jouissaient d'un certain revenu, et que néammoins depuis plusieurs mois, elles vivaient complètement errantes parce qu'il leur plaisait de faire ainsi.

D'ailleurs, la négligence excessive de leur mise mettait la méfiance en éveil. Elles étaient vêtues de robes sordides, jadis noires, mais où les places propres faisaient taches, baillant aux coutures, déchirées par places, rajustées avec des épingles, et fermant au moyen d'épingles anglaises qui occupaient la place des boutons.

L'une portait un chapeau de feutre gris, d'une forme ultra simple, mais d'un diamètre excessif; les deux autres de petits chapeaux de crêpe, déformés, aplatis, pénétrés de poussière et tenant mal sur des cheveux en désordre. Leurs figures avaient une expression harassée et inquiète comme si elles venaient de faire des lieues pour échapper à un grand danger. Rangées côte à côte, elles formaient un trio étrange.

Interrogées, elles devenaient sympathiques par la tournure polie de leurs réponses, par une certaine conscience de leur ridicule, et par la franchise de leurs explications sur tous les sujets, sauf sur un seul. Sur ce sujet même (leurs tourments communs), elles semblaient se taire par dignité autant que par méfiance. La véracité de leurs dires se faisait sensible dans la promptitude de leurs réponses et dans leur concordance parfaite : elles ne semblaient craindre ni de se couper, ni de se contredire entre elles. Enfin, elles affirmaient, avec un entêtement puéril, la pureté parfaite de leurs mœurs, laquelle n'était pas en question. « Nous avons toujours vécu sous la sauvegarde de nos parents : nous avons vécu sous l'aile de notre mère. Depuis que notre mère est morte, nous sommes toujours sorties ensemble..., nous avons toujours habité seules..., nous pouvons passer partout la tête haute..., nous n'avons rien à nous reprocher, et d'ailleurs on ne nous reproche rien, du moins sous ce rapport. »

Quant au fait de leurs arrestation, elles déclarent : « Ce cocher aurait été payé et d'ailleurs nous l'avions pris à crédit, attendu qu'il nous connaissait. Nous n'avons pas de domicile, c'est vrai, mais nous recevons 500 francs par mois, on ne peut donc nous traiter de vagabondes. Nous n'avons pas de propriétaires, mais nous faisons gagner les cochers, c'est notre argent que nous dépensons, et nous ne faisons de tort à personne. D'ailleurs le juge nous a bien dit que notre affaire était terminée. On n'a donc plus le droit de nous garder. Nous sommes ici par guet-apens. »

La note singulière reparaissait dans l'explosion simultanée de certaines réponses, faites du même ton, avec une conviction égale, identiques toujours par le fond et quelquefois même par la forme. C'était soit l'énoncé d'un fait qu'elles se rappelaient toutes trois ensemble, soit une exclamation jaillie d'une sensibilité commune, celles-ci par exemple : « Nous le jurons ! Vous en avez notre parole !... Nous n'avons questionné personne, nous n'avons rien dit à personne... Vous êtes les premiers à le savoir... C'est là le mot !... Vous l'avez bien dit. »

D'autres fois, ces mêmes phrases se suivent l'une appelant l'autre qui la complète ; l'idée, comme un thème musical, passe d'un instrument à un autre et se parachève dans un chorus.

Ces pensées, ces formules semblables étaient à elles seules un indice d'une longue idéation commune, et sans doute d'un délire commun. C'était le cas ; mais comme leur délire faisait suite à des pensées justes qu'elles devaient à leur situation, nous devons pour le bien faire comprendre, raconter tout d'abord leur vie bizarre.

Leur père paraît avoir été d'un caractère au moins original. Riche et possesseur d'une usine prospère, il abandonne sa ville et change de profession : fabricant de soieries en province, il devient

marchand de confections à Paris (1856). Là encore son instabilité se manifeste par des cessations et reprises de commerce, par des déménagements nombreux, et par un séjour de cinq ans, avec tentative de commerce, dans une ville de province ou rien ne l'attirait. Par suite de ces fantaisies, et aussi grâce à des pertes au jeu, sa fortune alla décroissant, ses loyers devinrent de plus en plus modestes, et il aurait laissé en mourant une famille complètement ruinée, n'eut été la dot de la mère qu'il n'avait pas pu entamer (1890).

La mère semble avoir eu plus de stabilité. Toutefois son premier acte, à la mort du mari, était de liquider son commerce pour en expérimenter un nouveau, alors que ses rentes, huit ou dix mille francs, lui permettaient de vivre désormais avec ses filles sans inquiétude.

Mais si sa direction, en matière pécunière, était sujette à critiques, du moins sa présence au point de vue moral, était d'un prix inestimable. D'abord, par sa gestion des fonds, elle les dispensait des soucis qu'elles auraient eu en se ruinant elles-mêmes; puis, elle leur créait un emploi du temps et leur épargnait les angoisses de l'initiative.

De là résultait une sorte de comfort moral dont nulle ne voulut se séparer, ni en consentant au mariage, ni en entrant comme employée dans une maison de commerce, ce qu'une d'elles pourtant avait déjà fait lorsque leur père vivait encore.

La mort de leur mère (1895) en les abandonnant à elles-mêmes, les laissa non seulement désarmées, mais encore et surtout effrayées de leur isolement. Elles sentent que les agents d'affaires spéculent sur leur inexpérience, elles se méfient de leurs auxiliaires et la moindre signature à donner les affole. En même temps voisins et concierge commencent à exister pour elles, et deviennent comme un aéropage. Peut-être des maladresses, peut-être une avarice intempestive ou bien une réserve soudaine après des essais de relations, leur aliénèrent soudain ce menu entourage.

A ce moment, pour la première fois, elles perçoivent nettement les railleries que leur valent leur tournure de vieilles filles. En même temps, par découragement, elles soignent de moins en moins leur mise. L'absence de toute personne âgée qui soit garant de leur bonne conduite et de toute volonté d'homme prête à les défendre leur valent la sensation de n'être pas comme les autres femmes.

Dans leurs inquiétudes et leurs doutes, plus d'opinion prépondérante ; les hésitations s'éternisent, les appréhensions se multiplient, tous les doutes sont tranchés dans un sens pessimiste. Leur égalité apparente permet une discussion sans fin d'où ne peuvent résulter que des alarmes et qui devient promptement délirante.

La part qui revient à chacune d'elles dans la production du

délire semble avoir été en rapport avec sa force intellectuelle et avec son caractère propre.

*Annette M...*, cinquante-six ans. Annette, la deuxième par rang d'âge, est manifestement la plus intelligente et aussi la plus volontaire. Elle se vante d'une mémoire hors ligne.

« Je sais, dit-elle, quel jour nous sommes entrées dans tel hôtel, et quel jour nous en sommes sorties. » Elle a tenu le journal de leur vie tant qu'elle eut une table où écrire. « Jadis je tenais un agenda. J'étais peut-être aussi la plus perspicace. » Ses sœurs la tiennent en haute estime, se laissent réprimander par elle et lui passent souvent la parole.

Elle a été, des trois, la seule indépendante. Pendant le séjour de cinq années que ses parents ont fait en province, elle a travaillé à Paris dans une maison de commerce. Sa sœur aînée, restée à Paris avec elle gardait leur logement et faisait le ménage. Lorsqu'elles restèrent seules toutes les trois c'est elle qui prit la direction de leur commerce : des deux autres, l'une faisait les courses, l'aînée prêtait seulement son nom à l'entreprise et là encore faisait le ménage. Lors de leurs grandes tribulations c'est elle, comme nous le verrons, qui pousse aux actes, c'est elle qui choisit les logements, c'est elle qui choisit les hôtels. Elle a mal choisi, il est vrai, mais elle regrette et ne se repent pas. Elle reconnaît et elle accepte son entière responsabilité : « *J'ai mal choisi ; j'ai cru bien faire.* »

Elle exerce au Dépôt la même autorité. Elle défend à ses sœurs d'écrire, de manger et de se laisser emmener à l'atelier de photographie. Séparée de ses compagnes, elle refuse d'écrire, même quand on veut lui persuader que les autres, sur ce point, ont cédé. Pour le fait d'écrire, elle demeure intraitable. Sur le reste, elle cède et fait savoir à ses sœurs qu'elles doivent, sur-le-champ, l'imiter. La capitulation, surtout quant aux portraits, doit être considérée de sa part, comme un exemple de décision.

Lors des interrogatoires, elle se montre la plus renfermée, la plus défiante. Elle ne parle qu'entraînée par les propos de ses sœurs : elle ne veut pas convenir que leur père était riche. Elle cherche à restreindre la portée de leurs dires ; elle critique leurs idées, leurs termes.

Sa méfiance ne s'endort pas un instant. « *Nous parlons, il y a peut-être un appareil ici.* Vous nous demandez d'écrire, ce n'est pas l'affaire d'un jour : vous voulez donc nous tenir longtemps ? » Elle guette les mots à double entente, prête aux phrases un sens qu'elles n'ont pas et immédiatement leur riposte. Elle ne cache d'ailleurs pas ses rancunes : elle interdit à ses sœurs de répondre, désormais, à tel ou tel.

Son attitude même est typique ; assise, elle se plie sur elle-même,

non pas se reposant, mais tout le corps visiblement tendu. La tête baissée, cachant sous ses sourcils un regard qui ne cesse pas un instant de nous suivre, elle ressemble à une bête traquée. En même temps elle écoute ses sœurs, regrettant de ne pouvoir modérer leur expansion ; elle ne parle que pour rectifier, pour compléter, pour confirmer, et sur tous les points de l'auditoire elle surveille l'effet des paroles.

De son aveu et de l'aveu de ses sœurs, c'est elle qui a provoqué et qui a conduit le délire. D'ailleurs, Annette nous dit elle-même : « J'ai toujours été la plus perspicace. » C'est elle qui propose et prépare les actes, c'est elle, aux jours de leur déroute, qui choisit les refuges successifs, logements, hôtels et le reste, et même ce refuge définitif — mais qu'elle propose en vain —, le suicide !

Dans les voitures, la nuit, elle veille, tandis que la plus jeune s'endort de bon cœur et que l'aînée somnole par lassitude. Au Dépôt, elle est la première à suspecter toutes les personnes qu'elles considèrent ensuite comme des ennemies : le juge, l'aumônier, un interne, et enfin la femme qui les fouille conformément au réglement.

Tandis que la plus jeune sœur apporte au commun délire le secours intermittent de son imagination et tandis que leur sœur aînée accepte toute pensée conçue par elles deux, Annette représente dans l'association la permanence de la méfiance et la continuité dans l'action.

*Clotilde M...*, quarante-huit ans. Clotilde, de dix ans la plus jeune, et qui paraît avoir été, au temps jadis, la plus gracieuse, fut élevée en enfant gâtée. Ses parents l'emmenèrent avec eux, lors de leur séjour en province et sa plus grande occupation a toujours été la lecture. De là une imagination vive et une élocution aisée. C'est elle qui, cherchant dans les livres une diversion à leurs tourments, y trouve une explication fantastique. Animée de sentiments sociables, lors de leur essai commercial elle se charge des allées et venues, des visites et des pourparlers. C'est elle qui tient le plus à la vie et qui repousse toute idée de suicide. C'est elle dont la toilette est le moins ridicule : après dix-huit mois de désarroi elle a conservé sa ceinture, un chapeau de forme reconnaissable et même un ornement d'argent. Elle ne s'occupe pas du ménage ; elle gourmande sa sœur la plus vieille ; toutefois, dans les cas importants, elle se montre, même envers celle-ci, soit obéissante, soit respectueuse. Ainsi, elle cède à son aînée l'honneur de signer et d'écrire, celui de veiller leur sœur malade. Au Dépôt, elle dit : « J'écrirai si Annette écrit » ; et lorsqu'on montait en voiture, elle cédait à ses deux aînées les deux places les plus confortables.

Par exemple, une fois entraînée, elle ne leur laisse pas la parole. Dans son zèle, elle gronde sa sœur Jeanne de ne pas dire toute la

vérité. « Tu ne t'appelles pas Jeanne, mais Jeanne-Louise. Dis-le ; à quoi bon t'en cacher ! »

Son apport dans le délire commun semble avoir consisté en des éclairs d'imagination et une aptitude émotive, intermittente comme ses trouvailles. C'est elle qui découvre *le secret des castors* dont nous parlerons tout à l'heure : elle imagine peut-être certains moyens de défense, mais qui, certainement, sans Annette, n'auraient pas été appliqués. La nuit, elle fait monter ses sœurs dans les voitures, mais aussitôt montées elle dort. Par contre, sa nature émotive, en recevant les idées d'Annette, les lui restitue, plus intenses.

*Jeanne M...*, cinquante-neuf ans. Nous parlons, en dernier lieu, de l'aînée, parce qu'elle est la plus effacée. Sa seule note personnelle consiste dans un parti pris de dignité. C'est elle qui met le plus d'insistance à affirmer leur honnêteté. Elle sait la valeur de son droit d'aînesse, elle a pris les baux en son nom, elle accepte d'écrire parce qu'elle est l'aînée, enfin dans la notion de son rôle, elle peut puiser, comme on le verra, une énergie momentanée. Mais, en temps ordinaire, c'est une volonté molle, que ne soutient d'ailleurs nul jugement. On ne cite aucune idée venue d'elle. Devant nous, elle demeure silencieuse par inactivité d'esprit. Son attitude est affaissée ; sa tête, ses paupières, sa bouche tombent : toute sa face est vide de pensées. Par moment, elle regarde ses sœurs comme attendant d'elles un signal. Son refus de parler ne procède d'aucun calcul ; elle préfère seulement ne pas se souvenir. Isolée, elle parle la première ; seule des trois, elle accepte d'écrire et quand elle apprend qu'on l'a jouée, elle reste sans rancune, hésitante entre ses sœurs qui la gourmandent et l'interne qui la félicite. Ses sœurs la regardent presque comme une *minus habens*. Elles lui faisaient faire le ménage ; elles ne l'ont pas laissée se mêler de leur commerce. Elles ont voulu seulement qu'en qualité d'aînée, *elle eût l'air* de les diriger. Elles nous disent carrément devant elle : « *Vous avez abusé de sa faiblesse*. Vous saviez à qui vous parliez ».

C'est, au total, une personne neutre, toujours prête à croire et à suivre : mais aussi aucune conviction ne pénètre en elle profondément.

Voici, dans sa forme dialoguée, le *compte rendu* de leur interrogatoire :

« La foule parisienne nous insulte. *C'est effrayant d'être dehors.* On sait sur nous des choses que nous ne connaissons pas. Tout vient de la maison de la rue Caulaincourt et de la maison de la rue Letort.

A la mort de notre pauvre mère nous nous sommes réfugiées dans une affection mutuelle. Nous avons continué d'habiter l'ap-

partement où elle est morte, en reprenant le bail à notre nom. L'aînée a signé, comme de juste. Nous ignorions alors le genre de la maison. En louant, *nous avons cru bien faire*.

« Comment nous serions-nous méfiées ? Nous avons toujours vécu sous la sauvegarde de notre mère ; nous n'avions ni parents, ni relations à Paris et nous ne nous sommes jamais quittées.

« Nous avons fait, c'est vrai, une mauvaise entreprise. Nous avons perdu 30.000 francs dans un petit commerce de lingerie. Mais nous travaillions honnêtement : nous étions dévouées les unes pour les autres, l'argent risqué nous appartenait et nous avions bien le droit de le perdre.

« D. — « Votre père avait eu, à un moment, une grosse fortune ? »

Clotilde et Jeanne. — « Oui, monsieur, une très grosse fortune. »

Annette. — « Non, moyenne. »

D. — « Il était cependant fabricant ? »

Annette. — « Il y a des fabricants à tous les prix.

D. — « Quel était le genre de la rue Caulaincourt ?

D. — « Nous l'ignorions, avant la mort de notre mère. Nous avions contre nous, le propriétaire, le concierge et le reste. Le propriétaire s'est servi du nom de Clotilde sur des actes, nous ne savons pas lesquels. Il a fait, croyons-nous, un bail au nom de Clotilde. Finalement il nous a expulsées : c'est de là que sont venus tous nos malheurs. Le propriétaire, rue Letort, nous a expulsées également au bout de neuf mois.

D. — « Pourquoi expulsées ?

R. — « Demandez-le lui.

Annette. — « J'ignorais le genre de la maison. C'est moi qui ai choisi notre logement. Je me suis trompée : *Je croyais bien faire*. Un jour, la concierge, rue Letort, a voulu nous obliger à recevoir un monsieur qui venait soi-disant pour affaires. Elle nous a dit aussi « Quand on est ce que vous êtes, on tâche de n'être pas mal-« honnêtes. »

Clotilde. — « Alors, je me suis creusé la tête pour savoir ce que nous pouvions être. Nous nous le sommes expliqué plus tard. On nous faisait allusion à des choses que nous ne savions pas.

D. — « Laquelle d'entre vous, la première, s'est aperçue de ces allusions ?

R. — « Aucune. Nous pensons toutes les trois les mêmes choses. *Nous pensons toutes trois en même temps*.

« D'abord, depuis le siège de Paris, nous ne nous sommes jamais séparées.

D. — « Etiez-vous toujours parfaitement unies ?

R. — « Au début, pas si unies que cela. Mais, depuis qu'on nous rend malheureuses, nous nous entendons parfaitement.

D. — « Vous vous êtes alarmées toutes les trois en même temps?

R. — « En même temps.

Clotilde. — « Peut-être est-ce moi qui ai dit la première : « Tout le monde nous en veut. »

D. — Tout le monde ?... ce n'était pas au début. Laquelle, s'est méfiée la première d'une personne en particulier ?

Clotilde et Jeanne (*ensemble.*). — *C'est Annette!* Cela doit être Annette !

Annette. — *Je suis peut être la plus perspicace.*

D. — Comment vous êtes-vous expliquées cette hostilité générale?

R. — Tout le monde pourra vous le dire, sauf nous. Tout le monde sait notre histoire, sauf nous. Le peu que nous en savons, nous l'avons appris par intuition. Ce sont les *Mémoires de M. Goron* qui nous ont révélé ce que nous sommes. C'est là que Clotilde a lu *que nous étions des « Castors »*,

D. — Qu'appelez-vous des « Castors » ?

R. (*Chorus*). — Oh ! monsieur, si vous pouviez nous le dire, vous nous rendriez bien service...

Clotilde. — Pour M. Goron, les « Castors » sont des hommes vivant dans des trous, sous le mur des fortifications. Du moins c'est ce que j'ai cru comprendre. Il y aussi les *demi-castors*. J'ai lu dans le dictionnaire : « Castor, mammifère amphibie ».

Annette. — Tais-toi !... « Castor » c'est un emblême !

D. — Emblême de quoi ?

R. (*Chorus*). — Nous ne savons pas! Nous ne l'avons demandé à personne. Peut-être avions-nous tort : *nous avons cru bien faire.*

Clotilde. — Vous êtes les premiers à le savoir!

*Chorus.* — Cela, nous le jurons ; vous en avez notre parole (*sic*). Vous êtes les premiers à qui nous en ayons dit si long. Si vous pouvez nous éclairer, vous nous ferez bien plaisir.

On nous traite en parias, parce que nous sommes des « Castors ». Une ligue s'est formée contre nous sans que nous sachions par qui ni comment. C'est injuste, nous sommes venues sur terre comme tout le monde, *nous sommes légitimes*.. Ce n'est pas notre faute si nous sommes des castors. Notre père a eu le grand tort de ne pas nous en avertir. Sur son lit de mort, nous avons vu qu'il voulait nous dire quelque chose, mais il n'en a pas eu la force. La concierge rue Letort le savait aussi.

Mais, voilà !... *toujours des allusions :* jamais une explication franche...

D. — Monsieur, votre père était-il aussi un « Castor » !

R. — Nous ne le savons pas. Lui-même ne l'a peut-être pas très bien su. Mais nous avons eu par la suite *les preuves d'un complot*

*contre lui*. Nous avons eu des présomptions en fouillant ensemble ses papiers. D'abord, par les factures; on y voyait son nom écrit de trois façons différentes. On changeait aussi ses prénoms.

Pourquoi ?... Dans quel but ?... Il devait le savoir...

D. — A quel moment avez-vous eu les preuves d'une ligue contre votre père ?

R. — Avant les *Castors*, tout au commencement. C'était encore rue Caulaincourt, par conséquent en 1900. Nous lisions ses papiers ensemble, dans la cuisine.

D. — Pourquoi dans la cuisine ?

R. — Il y avait le gaz. Les lampes n'étaient pas toujours prêtes.

D. — Etes-vous sûres que ces fautes d'orthographe, dans votre nom, avaient eu un but frauduleux.

R. — Nous en sommes convaincues. Mais on n'a jamais la preuve de rien dans la vie. Nous pouvons seulement supposer. Ce qui est sûr, c'est que nous sommes des parias. Nous sommes déplacées dans notre siècle. Nous sommes malheureuses de naissance et destinées à être malheureuses toujours, lorsque nous avons su que nous étions des *Castors*, nous aurions dû nous suicider.

D. — Aviez-vous fait une tentative ?

Annette. — Non, je l'avais proposé. C'est Clotilde qui n'a pas voulu. (*A Suivre.*)

Dans notre prochain numéro, nous raconterons l'histoire de nos trois malades dans les hôtels et nous terminerons par quelques remarques.

---

ASSISTANCE DES IDIOTS.

*Un imbécile incendaire*. — Dans le courant de la semaine dernière, une dizaine d'incendies ont successivement éclaté dans différentes communes du canton de Grisolles (Tarn-et-Garonne).

L'enquête à laquelle s'est livré le parquet de Castelsarrasin a établi que ces sinistres étaient dus à la malveillance et qu'ils étaient l'œuvre d'un jeune homme de dix-sept ans, J.-M. Pagès, vivant dans sa famille. L'auteur de ces incendies est un irresponsable qui n'avait jamais paru dangereux. Il assistait à tous les désastres que sa main préparait, prêtait même secours aux victimes, mais profitait de ce que les habitants étaient occupés à éteindre le feu pour aller allumer un autre incendie plus loin. Il a créé ainsi jusqu'à cinq sinistres dans une même nuit. (*Le Temps* 1er août.)

---

# RECUEIL DE FAITS.

## Sur un cas de paralysie générale et d'alcoolisme;

Par MM. TRUELLE et PETIT

G..., charretier, trente-neuf ans, entré le 6 juin 1899 dans le service de M. Magnan (Admission Asile clinique) a été arrêté sur la voie publique en plein délire alcoolique cherchant ses chevaux et sa voiture. Le certificat établi à l'entrée par M. Magnan porte « alcoolisme chronique avec accès subaigu. Hallucinations multiples professionnelles. Insomnie. Tremblement des mains. Etourdissements, crampes dans les membres ». Voici les renseignements fournis par une amie qui connait le malade depuis douze ans.

Le *père*, alcoolique, est mort il y a trente-cinq ans d'un accident de voiture. La *mère*, âgée de soixante-trois ans est bien portante. Sur *deux frères*, l'un bien portant habite l'Amérique, l'autre a disparu. Le malade n'a jamais eu d'enfants.

Né à terme, G... n'aurait jamais fait de maladie. Pas de syphilis connue. Il vient à Paris à dix-sept ans comme garçon marchand de vins; six mois après il commence le métier de camionneur. Depuis six ans au moins, G... se grisait fréquemment, une fois par semaine, buvant presque exclusivement du vin en grande quantité. En 1893 il eut un accident de voiture (jambe broyée), pour lequel il resta quatre-vingt-quinze jours à l'hôpital. Pas de délire signalé à cette occasion.

Depuis le mois d'avril de l'année 1899, son amie constate que G... n'est plus le même; il dort mal, il a la nuit des hallucinations de la vue. Parfois il divague, disant un jour qu'il est riche, faisant toutes sortes de projets grandioses. le lendemain affirmant qu'il n'a pas le sou. Elle ne peut nous renseigner d'une façon positive sur l'état de la mémoire ni sur le niveau mental exact. Jusqu'en mai, on n'a pas remarqué de perte de connaissance, ni de troubles moteurs. Le 22 mai, G... est ramené à la maison par un camarade qui s'est aperçu qu'il tremblait sur sa voiture. Il est valide, mais secoué de tremblements, couvert de sueur et délirant; il a de l'excitation intellectuelle, quelques idées ambitieuses « il va acheter à sa femme des « chevaux et une voiture pour se promener. » En même temps, la parole est embarrassée, « il avale sa langue ». Cet état persistant, G... entre le 26 mai à l'hôpital Saint-Antoine, où il

reste dix jours. Rentré chez lui, il divague toujours et se livre à quelques extravagances d'apparence démentielle, comme de rapporter pour les faire cuire des têtes de harengs qu'il a trouvées dans le ruisseau. C'est vingt-quatre heures après que le malade fut arrêté dans la rue et conduit dans le service de M. Magnan.

Malgré son délire hallucinatoire, G... répond d'une façon suffisamment précise aux questions posées avec quelque insistance; il ne cache pas ses habitudes alcooliques, avoue 4 litres de vin par jour au moins, du vin blanc le matin, mais il ne prend pas d'alcool « parce que, dit-il, on est trop vite saoul ; avec du vin au moins, on peut boire davantage. » Il n'a pas pris deux absinthes dans sa vie ; il ignore avoir eu des étourdissements ou des vertiges et n'accuse que des hallucinations nocturnes de la vue ; il rêve à ses chevaux, à son métier, à ses clients. Quelques idées confuses de persécution, une tendance aux idées de satisfaction : il croit que c'est son patron qui se venge de lui en le mettant ici, ou bien le caissier, ou encore ses camarades, jaloux de lui voir les chevaux les plus beaux et les plus gras.

Relativement à son arrestation, il raconte qu'il a été pris, rue de Charenton, réclamant ses chevaux, ayant oublié qu'ils étaient à l'écurie de la gare de Reuilly. En réalité ce jour-là son patron n'ayant pas voulu qu'il travaille, G... est allé trouver les agents de police pour réclamer de l'argent à son maître.

Outre les symptômes signalés dans le certificat, notons encore une légère inégalité pupillaire, en faveur de la droite. Mais on n'attache que peu d'importance à ce phénomène, le malade affirmant qu'il a eu il y a dix ans une affection oculaire de ce côté. On ne remarque pas à ce moment d'accrocs de la parole. Pas de stigmates apparents de syphilis.

Le 9 juin, G... est transféré à l'asile de Ville-Evrard dans le service de M. le Dr Legrain qui a bien voulu nous communiquer les renseignements suivants :

« G... est encore sous l'empire de son délire alcoolique; il a par intermittences des exacerbations de délire avec rêvasseries professionnelles, de l'insomnie. Il est loquace, ses propos sont souvent incohérents et dénotent un faible niveau mental. Tremblement des mains et de la langue, inégalité pupillaire. Il raconte avec assez de précision son arrestation, émettant toujous l'hypothèse d'une vengeance possible de son patron; mais il se rend mal compte de sa situation, se croyant en convalescence à Vincennes, disant qu'il va aller à la mairie pour se marier avec la fiancée qui vit avec lui depuis six ans ».

Loin de s'améliorer dans les jours qui suivent l'entrée, l'état mental semble plutôt s'aggraver : l'agitation et l'incohérence persistent, il y a des secousses convulsives de la face et de la langue, du tremblement. Le 12, G... a gâté au lit; le 14 on note de l'em-

barras de la parole, la langue est sale, toujours très tremblante, ses pupilles inégales, dilatées, ne réagissant ni à l'accommodation, ni à la lumière. L'acuité visuelle est normale. Le 15, l'agitation est très grande dans la nuit; le malade a de nouveau gâté au lit. Le 17 juin, à 11 heures du matin, G... assis dans la cour est pris brusquement d'une attaque épileptiforme : perte de connaissance, chute par terre, écume aux lèvres, respiration stertoreuse. Il urine sous lui. Deuxième attaque à 4 heures. Pas de paralysie consécutive. Mais jusqu'au milieu de juillet, l'excitation persiste : G... est toujours bavard et incohérent, faisant toutes sortes de projets bizarres; il ne se rend pas compte de sa situation; les nuits sont fréquemment agitées. Il y a toujours du tremblement, léger, mais généralisé, les pupilles restent inégales, la droite plus grande, avec paralysie de l'accommodation. Puis l'état s'améliore; l'agitation décroit, mais le malade reste peu cohérent, naïf, enfantin, confiant. En août, on l'occupe au travail des écuries et on est assez content de lui. Mais au commencement d'octobre il redevient incohérent, confondant les objets entre eux; il ne peut continuer son travail. Le 4, nouvelle attaque épileptiforme, toujours sans paralysie consécutive; pendant quelques jours, G... accuse une tendance mélancolique, il se lamente, réclame le médecin pour le rassurer sur le sort de sa femme qu'il croit dans la misère. Nouvelle amélioration de l'état mental. Le 20 octobre G.,. part en congé de huit jours, et tout s'étant bien passé, il sort définitivement.

Le 29 janvier 1900, le malade entre de nouveau à Sainte-Anne dans le service de M. Magnan. Après sa sortie de Ville-Evrard, au mois de novembre, il avait repris son métier de charretier, mais ses facultés intellectuelles étaient affaiblies, sa mémoire mauvaise; il perdait différents objets (fouet, mouchoir, etc.), oubliait de donner à manger à ses chevaux, répondant quand on lui en faisait l'observation « qu'ils avaient déjà mangé l'avant-veille et que cela suffisait. » En décembre, ces symptômes démentiels s'accusent davantage; il s'y joint des idées de richesse, G..., d'ailleurs, avait continué à boire comme par le passé. En même temps il souffre de céphalée, de crampes dans les jambes, de tremblements, d'étourdissements sans perte de connaissance; la parole est fréquemment embarrassée surtout le soir.

Au 1er janvier, il devient tout à fait incapable de travailler, perdant complètement la mémoire, mettant plus de deux heures à faire sa toilette; il a des insomnies continuelles, des hallucinations nocturnes de la vue en rapport avec sa profession. C'est alors qu'il entre pour la deuxième fois dans le service de l'admission. Outre les phénomènes ci-dessus indiqués, on constate la persistance de l'inégalité pupillaire (pupille droite plus grande).

Après six jours d'un calme relatif, G... s'excite au point qu'on doit le faire passer dans le dortoir où sont soignés par la méthode

de l'alitement les malades agités. Il est extrêmement turbulent, cherche souvent à se lever de son lit sans but précis ; il se recouche d'ailleurs volontiers à la première injonction, mais pour essayer de se lever l'instant d'après. Bavardages incohérents avec prédominance d'idées de satisfaction et de richesses ; instabilité mentale, grande difficulté de fixer son attention. La parole est très embarrassée avec des accrocs, un bredouillement qui le rend souvent inintelligible. L'écriture est informe; prié d'écrire son nom, le malade trace une série de signes incompréhensibles dont la première lettre le G est seule reconnaissable. — Le 14 février, au matin, G... est trouvé dans un état marqué d'obtusion : il reste étendu sur le dos, indifférent à ce qui se passe autour de lui, la face couverte de sueur, les pupilles toujours inégales et dilatées, la langue saburrale. Température 37°,9. Dans l'après-midi, l'agitation reparaît. Les jours suivants la température oscille autour de 38° : quelques râles de bronchite et des signes de congestion pulmonaire. Le 18, la température monte à 39°,5 le matin pour redescendre le soir à 37°,5 ; nouvel état semi-comateux faisant supposer un ictus passé inaperçu. Jusqu'au 23 février, l'état général est assez inquiétant : des alternatives d'affaissement et d'excitation motrice incohérente avec sueurs profuses qui font craindre l'invasion du délire aigu. Couché sur le dos, les yeux habituellement fermés, G... ne cesse de s'agiter sur place, remuant sans interruption la tête de gauche à droite, se tournant et retournant dans son lit, malaxant ses couvertures d'un geste quasi-automatique ; à la suite de ces frottements continuels, le crâne a été dénudé par places : la face vultueuse est presque continuellement couverte de sueur. La langue reste sale malgré des purgatifs répétés (calomel) ; néanmoins le malade s'alimente bien ; grande instabilité mentale, au milieu de laquelle il est possible de percevoir les éléments d'un délire hallucinatoire professionnel (voitures, chevaux).

A partir du 24 février, la température revient à la normale, la peau est plus fraîche, la langue se nettoie. D'une façon générale G... est plus calme, il y a des moments où la lucidité revient et où le malade est capable de répondre correctement aux questions posées. Mais toujours par bouffées, reviennent à intervalles irréguliers les mêmes hallucinations professionnelles, avec sueurs abondantes et agitation sur place. G... roule en tous sens ses couvertures, mais sans quitter le lit maintenant ; il interpelle ses chevaux qui s'emportent et culbutent, cherche son couteau pour couper ses traits, etc... Tout cela se passe au lit, étendu sur le dos, les yeux fermés, avec toujours le même mouvement latéral de la tête qui lui use les cheveux. Ces hallucinations surviennent aussi bien le jour que la nuit, et vont persister avec la même irrégularité pendant tout le temps de son séjour à l'asile. Çà et là quelques bouffées ambitieuses, mais sans suite notam-

ment à la suite des ictus : il a acheté 10 000 hospices ; celui-ci est à lui.

Au milieu d'avril apparaît un trouble marqué de l'équilibre. Debout, G... se tient assez droit, mais les jambes écartées, le tronc penché en avant, avec des oscillations d'avant en arrière. En marche, il titube et festonne comme un homme ivre ; il est parfois obligé de s'appuyer au lit pour ne pas tomber, surtout dans les changements brusques de direction. Ces troubles de l'équilibre s'exagèrent quand le malade ferme les yeux, la sensibilité est obtuse aux membres inférieurs, les réflexes patellaires paraissent normaux. G... n'accuse aucun phénomène douloureux. Pas de troubles urinaires. Il est imparfaitement conscient de ces accidents qu'il met sur le compte du parquet glissant. Pourtant l'état général s'améliore ; le malade engraisse. (Le poids était à l'entrée de 68 kg. 800 ; il est tombé le 19 mars à 61 kg. 300 pour remonter ensuite d'une façon à peu près continue et atteindre en mars 1901 76 kg. 500).

Au commencement de juillet, la démarche est plus ferme, plus droite, pourtant G... talonne encore un peu, il va les jambes écartées et oscille dans les changements brusques de direction.

Pour la première fois depuis sa seconde entrée, apparaissent le 25 juillet des secousses dans la jambe et le bras droit, sans perte de connaissance ; la température, 38°,4 le soir, monte le 26 à 39°,4 pour retomber le 27 à la normale et s'y maintenir. L'état mental est le même : période de lucidité avec phases de délire hallucinatoire. Aux hallucinations visuelles (chevaux, bêtes de toutes sortes) s'ajoutent des hallucinations de l'ouïe : il répond à des personnes imaginaires qui lui causent au travers du plafond ; et ces troubles de l'ouïe eux-mêmes sont professionnels : ses interlocuteurs parlent attelage, organisent le déchargement d'une voiture.

Le soir du 7 août la température monte de nouveau à 39° pour retomber le lendemain à 37°,3. Le matin du 8, G... a deux vomissements bilieux ; il est très obtus, se tient difficilement debout et marche péniblement ; mais pas de contracture ni de paralysie dans aucun membre. Le lendemain, cette aggravation passagère a disparu.

En dehors de ses bouffées hallucinatoires, G... est calme, d'apparence lucide au premier abord, il se conduit correctement, reconnaît les personnes qui le soignent et sait différencier leurs attributs ; il parle avec justesse de son ancienne profession, de sa vie antérieure. Mais quand on pousse un peu la conversation, on s'aperçoit bien vite que le niveau mental s'est affaibli : sans parler de ses tendances ambitieuses qui lui font dire par exemple que l'asile lui appartient, sa logique est très défectueuse : il est à Sainte-Anne, dont il est le propriétaire, mais il n'en peut sortir parce qu'il est interné ! Un autre jour il affirme qu'il est ici depuis dix ans.

Le 20 décembre, nouvelle attaque épileptiforme avec perte de connaissance : le bras gauche en extension forcée, le bras droit secoué de convulsions, la tête et les yeux tournés à droite. Obtusion intellectuelle consécutive. Une autre attaque le 22, toujours avec secousses du côté droit. Aucun trouble moteur ne persiste à la suite.

Le 31 janvier attaque épileptiforme localisée au bras gauche. Cette fois l'obtusion dure plus longtemps (deux jours), la température atteint 38°. Le 4 février, G... a un ictus sans secousses convulsives des membres, avec seulement des grincements de dents : la tête est tournée à gauche, le bras gauche soulevé retombe inerte ; sensibilité à la douleur, réflexes patellaires et cutanés amoindris de ce côté. Le 5, un autre ictus moins intense. Cette fois il persiste pendant une semaine environ de la faiblesse musculaire du côté gauche, avec diminution des réflexes tendineux. Les pupilles sont toujours inégales et immobiles. La parole est très embarrassée, bredouillante. Le 2 mars une autre attaque qui dure trois minutes, avec perte incomplète de connaissance, localisée au bras droit ; aphasie pendant une heure. Depuis son attaque du 4 février, G... grince fréquemment des dents. Le délire ambitieux s'accentue et devient de plus en plus absurde. Il veut faire téléphoner en Russie pour rappeler ses chevaux ; ils ont plus de vingt millions à lui, il est banquier, patron de la Tour Eiffel ; l'Espagne, les État-Unis lui appartiennent. L'intelligence a baissé ; G... sait que nous sommes au mois de mars, mais se croit en 1895 ; tout en reconnaissant qu'il est à l'hôpital, il ne se croit pas malade. Son humeur est en général bienveillante ; il est très insouciant de sa situation.

Physiquement, le poids, comme nous le disions plus haut, a augmenté (76 kg. 500 au lieu de 68 kg. 800 à son entrée) ; les fonctions végétatives s'accomplissent bien. A noter pourtant de la polyurie : 2 à 3 litres par vingt-quatre heures ; densité 1.010, urée par vingt-quatre heures 35 gr. 08, phosphate en vingt-quatre heures 4 gr. 51, quelques traces de pigments biliaires, pas d'albumine ni de sucre. Il persiste un léger embarras de la parole, mais non constant, apparaissant surtout aux mots d'épreuve ; il y a un peu de tremblement des doigts et du tremblement fibrillaire de la langue ; les pupilles restent inégales et ne réagissent pas à la lumière, la droite plus grande, pas de faiblesse musculaire appréciable ; seulement le réflexe rotulien est diminué à droite.

C'est dans cet état que le 25 mars, le malade est transféré à l'asile de Ville-Évrard, dans le service de M. le Dr Legrain, à l'obligeance de qui nous devons encore ce qui va suivre ainsi que les résultats de l'autopsie.

« G... continue à délirer par intervalles avec toujours le même « caractère d'hallucinations professionnelles, puis le 8 mai, on « constate au lever qu'il marche difficilement en traînant la jambe

« droite. Depuis trois ou quatre jours, il grinçait continuelle-
« ment des dents et se montrait plus agité et plus incohérent. La
« main droite est également plus faible. Embarras très prononcé
« de la parole avec aphasie motrice. État subdélirant d'apparence
« quasi-automatique avec tendances réactionnelles violentes. Pouls
« lent (60 par minute). Le surlendemain, atténuation du délire,
« avec persistance de l'aphasie, intoxication par le mot (le méde-
« cin s'appelle Mondé) une clef, une montre, c'est un (mondé), çà
« sert à (monder). » Il paraît ne plus y avoir de difficulté dans la prononciation. Ces troubles du langage persistent quelques jours en s'atténuant. Le 20 mai, nouvelles attaques épileptiformes. Le 8 juillet, ictus léger avec tremblement généralisé; de nouveau, l'aphasie s'accuse, il a des grincements de dents continuels, du bredouillement, de l'agitation incohérente, dès mouvements d'apparence automatique. Le 9 juillet, nouvelles secousses épileptiformes à droite avec participation de la face; le 10, l'état subdélirant persiste avec inconscience absolue ; température 38,°2; les attaques reviennent de plus en plus rapprochées et se généralisent. Le 11, saignée de 500 grammes ; les attaques se localisent de nouveau du côté droit et sont moins intenses. Mais les jours suivants, la température monte et atteint le 15 juillet 39,°6. L'état général s'aggrave ; le malade ne reconnaît plus les objets, agitation automatique, langue sèche, fuligineuse, extrémités froides, gâtisme, température 39°. Le 16, le malade succombe.

Autopsie faite par M. le Dr Legrain, vingt-six heures après la mort. — Crâne très épaissi dans sa totalité (1 centimètre à la région frontale, 5 à 8 millimètres aux fosses temporales) non transparent. Dure-mère non adhérente au crâne, nombreux exsudats gélatineux, comblant les sillons, surtout à gauche. Ni pus, ni fausses membranes, quelques plaques laiteuses au niveau de Rolando à gauche. Vaisseaux piémériens gorgés de sang, avec quelques points de suffusions sanguines. Pie-mère fortement adhérente sur l'hémisphère gauche au niveau de $F^3$ et du pied de la frontale ascendante, adhérences profondes qui arrachent la substance grise sous-jacente. De ce centre la lésion va en rayonnant pour ainsi dire dans tous les sens et s'atténue progressivement jusqu'à disparaître au delà de la pariétale ascendante; les adhérences remontent en avant sur les parties antérieures de $F^1$ et $F^2$, s'étendant sur presque toute la face interne de cet hémisphère gauche. Mêmes adhérences sur l'hémisphère droit, mais plus généralisées ici, ne laissant guère indemne que la partie postérieure du lobe occipital. Hydropisie ventriculaire, état chagriné de l'épendyme, surtout dans le quatrième ventricule et le ventricule latéral gauche.

Pas de lésions circonscrites. Pas d'athérome artérielle.

Poumons, rien de spécial. Cœur, mou, teinte feuille morte, sans lésions valvulaires. Aorte souple. Reins : l'un paraît graisseux, l'autre granuleux (L'examen histologique n'a pu être pratiqué), Foie volumineux et gras. Rate normale.

M. le docteur A. Vigouroux, médecin en chef de l'asile de Vaucluse, a bien voulu faire l'*examen histologique*. En voici les résultats :

« Coloration à l'éosine-hématoxyline. — Les méninges sont épaissies par places, plus dans la région frontale que dans le lobule paracentral ; partout elles sont infiltrées de petites cellules rondes. Les vaisseaux dans les méninges sont remplis de sang et leurs parois sont infiltrées. Dans la substance cérébrale, diapédèse abondante, infiltration du tissu par les petites cellules rondes.

Les parois des vaisseaux, mais surtout les gaines vasculaires sont pleines de petites cellules. Prolifération de la névroglie, surtout au niveau de la périphérie. Les cellules nerveuses paraissent diminuées en nombre. Le protoplasma des grandes cellules pyramidales prend mal l'éosine ; le corps cellulaire est peu coloré, les prolongements ne le sont pas du tout ; quelques-unes sont déformées, d'autres n'ont plus de noyau, d'autres enfin sont envahies par une ou deux cellules rondes qui semblent avoir pénétré dans leur protoplasma (dégénérescence graisseuse). » Et M. Vigouroux, bien qu'ignorant tout de l'observation clinique, conclut fort justement : « C'est une forme non aiguë de méningo-encéphalite. »

Cette observation nous a paru intéressante à plusieurs points de vue. Une première chose attira l'attention chez ce malade : la persistance du délire hallucinatoire, tel qu'il existe en pleine crise d'alcoolisme aigu, et ce, plusieurs mois après que G... fut soumis au régime abstinent le plus absolu. Dès la première entrée, M. Legrain signalait une durée inaccoutumée du délire toxique. Mais cette particularité fut bien plus frappante lors du deuxième internement. Cette fois, pendant près d'un an, le malade fut sujet à des bouffées d'hallucinations visuelles, professionnelles, avec agitation, sueurs profuses, rappelant exactement les accès de l'alcoolisme aigu. C'est là un fait qui a été signalé par M. Magnan dans ses travaux sur l'alcoolisme, mais il est bien rare qu'il se reproduise avec une telle persistance et une telle netteté. Quant à sa cause, nous sommes malheureusement réduits à des hypothèses : Influence de la lésion cérébrale due à l'alcoolisme chronique, troubles circulatoires de l'encéphalo-

méningite que l'autopsie a mise en évidence, auto-intoxication, enfin prédisposition. Nous noterons qu'aucune modification de la température ne coïncidait avec ces bouffées hallucinatoires. Dans l'observation journalière, nous relevons : par exemple le 29 avril et le 6 juin des poussées très intenses de délire hallucinatoire. Or voici les températures rectales correspondantes.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 28 avril | T. R. | m. 37° | s. 37°3 |
| 29 avril | T. R. | m. 37°3 | s. 37°2 |
| 30 avril | T. R. | m. 37°3 | s. 37°5 |
| 5 juin | T. R. | m. 37°4 | s. 37°6 |
| 6 juin | T. R. | m. 37°3 | s. 37°5 |
| 7 juin | T. R. | m. 37°4 | s. 37°2 |

Rien non plus d'appréciable du côté des organes du malade. Par contre les élévations de température constatées à plusieurs reprises dans la courbe thermique coïncidaient avec des ictus observés ou rendus vraisemblables par l'état d'hébétude et d'obtusion dans lequel on trouve le malade le matin.

Un autre phénomène dont l'étiologie reste dans l'ombre : ce sont les troubles ataxiques à forme cérébelleuse que G... présenta pendant une quinzaine de jours. Ici encore, on en est réduit aux troubles circulatoires, théorie commode, peut-être vraisemblable, mais qui attend elle aussi des preuves certaines.

Enfin, on doit se demander : est-ce là une paralysie générale d'origine alcoolique ? Et nous entrons dans cette grande discussion ; l'alcoolisme peut-il engendrer la paralysie générale ? D'aucuns disent oui, d'autres affirment non.

La paralysie générale, disent les partisans de la syphilis à outrance est sinon de nature, du moins d'origine syphilitique. La vérole seule en est la cause nécessaire. L'alcoolisme comme d'autres intoxications ou des infections banales, peut bien provoquer un ensemble de troubles physiques et mentaux se rapprochant de ceux observés dans la paralysie générales, mais ce ne sont en réalité que des pseudo-paralysies générales.

Pour M. Magnan, et pour la plupart des aliénistes au contraire, l'alcoolisme peut : 1° Simuler momentanément la paralysie générale ; 2° Aboutir à une démence différente de

cette affection ; 3° Produire une paralysie générale qui ne diffère de la paralysie générale vraie que par des points de détail : coexistence de phénomènes sensitivo-sensoriels (crampes, fourmillements, dysesthésies, hallucinations) et de lésions anatamo-pathologiques (stéatose et sclérose). Ces nuances mises à part, il est impossible d'établir un diagnostic étiologique différentiel et en particulier on ne peut pas dire en l'absence de renseignements sur les antécédents si l'on a affaire à un alcoolique devenu paralytique général ou à un paralytique qui s'est alcoolisé pendant longtemps.

Or, le cas de notre malade semble bien rentrer dans cette troisième catégorie. On peut toujours dire il est vrai que la syphilis a échappé à l'examen clinique ou que G... était un syphilitique héréditaire, mais alors nous tombons dans l'argumentation.

La clinique montre ceci : un homme jusque là bien portant fait depuis six ans au moins des excès de boissons considérables. La santé s'altère ; dès le mois d'avril 1899, on constate des insomnies, des hallucinations de la vue pendant la nuit, un certain affaiblissement intellectuel et par moments des poussées de mégalomanie. Il est interné le 6 juin et l'on trouve en outre de l'inégalité pupillaire et par moments de l'embarras de la parole ; puis bientôt apparaissent des attaques épileptiformes non suivies de paralysie. Après cinq mois de séjour à l'asile survient une rémission, et G... peut reprendre son travail, mais il reste avec une intelligence amoindrie. Il recommence ses excès de boissons et le 29 janvier 1900, un accès de délire alcoolique motive un nouvel internement. Cette fois l'appréciation du degré de démence est très difficile en raison des poussées hallucinatoires fréquentes, et des ictus nombreux qui sont suivis d'un certain degré d'hébétude. Néanmoins, loin de s'améliorer les signes démentiels et moteurs s'aggravent et l'autopsie ne laisse plus aucun doute.

Quant à savoir si l'on a eu affaire à ce que M. Klippel nomme une paralysie générale inflammatoire primitive, ou bien une paralysie générale associée à d'autres lésions d'encéphalite due à l'alcoolisme, ou bien à une paralysie générale dégénérative ou pseudo-paralysie générale due également à l'alcoolisme, il devient difficile de nous prononcer. L'examen histologique n'ayant pas pu être fait complètement.

Mais d'après les résultats obtenus, nous pensons avoir affaire à un cas de paralysie générale alcoolique. Et c'est sans doute à cette influence de l'alcoolisme que l'on doit la prédominance et l'irrégularité de certains troubles et de certaines lésions : crampes, étourdissements, ictus plus fréquents, alternances d'embarras prononcé et de liberté relative de la parole, délire hallucinatoire, dégénérescence graisseuse de cellules de l'écorce. Il y aurait bien encore une objection : Le fait que le début de la démence paralytique paraît avoir coïncidé avec les premiers symptômes de l'alcoolisme ou tout au moins les avoir suivis de très près. Mais nous ne croyons pas que ce soit là un obstacle suffisant pour nier l'origine alcoolique de cette paralysie générale.

---

# L'HYSTÉRIE DE SAINTE THÉRÈSE

## Par le Dr ROUBY[1]

*(Suite)*

---

Hallucinations génitales. — Pour les hallucinations génitales, Thérèse sent ce que leur description brutale aurait de peu divin, aussi n'en parle-t-elle que d'une façon voilée; c'est une orgueilleuse, du reste : ne nous dit-elle pas, quelque part, dans ses mémoires, qu'elle serait plus honteuse d'être née de basse extraction que d'avoir commis un seul péché mortel? Sa bonne éducation aussi l'empêche de narrer en détail ses faiblesses corporelles; mais malgré les fleurs dont elle entoure la description des jouissances que Jésus lui fait éprouver, on y démêle facilement toute la part que sa féminité y a prise.

« Il me prenait, écrit-elle, des saillies si violentes qu'il me semblait qu'on m'arrachât l'âme; mais ces grands trans-

[1] Voir nº 80, août 1902, p. 124, nº 81, septembre 1902, p. 227.

ports d'amour ne sont pas de ces mouvements de dévotion qui prennent assez souvent aux âmes pieuses, non, *le tempérament peut se mêler à ces mouvements, et il est à craindre que les sens n'y aient une trop grande part.* »

Ailleurs : « A la vérité quand cet époux très riche veut enrichir et caresser les âmes davantage, il les unit tellement à lui, que, pareilles à des personnes que l'excès du plaisir et de la joie font défaillir, elles croient être suspendues à ces divins bras, collées à ce divin côté, appliquées à ces divines mamelles et ne savent plus que jouir. » Ainsi parle sainte Thérèse, dans son livre des *Conceptions de l'amour de Dieu.* Elle ajoute : « Comme un jour, je me demandais pourquoi, Dieu étant juste, privait de ses caresses tant de religieuses qui valaient mieux que moi, il me répondit : « Contentez-« vous de mon service et ne vous occupez pas des autres ».

« Je sortais de ces transports, la tête si épuisée et l'esprit si peu capable d'attention qu'il ne m'aurait pas été possible, le lendemain ou les jours suivants, d'aller à l'oraison. La peine qu'on souffre est si agréable qu'il n'y a pas de plaisir dans la vie qui en approche. La violence de ce transport est si grande qu'elle empêche de prier et de faire autre chose. On est comme une personne à qui on aurait rompu les bras et les jambes. Si on est debout, on se laisse aller soi-même comme un corps privé de sentiment; à peine peut-on respirer; on laisse seulement échapper quelques soupirs, qui bien qu'ils paraissent faibles et languissants, ne laissent pas au fond d'être très vifs. »

Hallucination de l'ange. — « Quelquefois lorsque j'étais dans cet état, il plut à Notre-Seigneur de me favoriser de la vue d'un ange qui se tenait près de moi, à mon côté gauche, sous une forme corporelle. Il n'était pas de haute taille, mais petit et d'une beauté admirable. Il tenait à la main un large dard qui me semblait d'or et avait à la pointe un peu de feu. Quelquefois je sentais comme s'il me l'eût enfoncé dans le cœur et qu'il m'eût percée jusqu'au fond des entrailles. Il me semblait qu'en le retirant il me les

arrachait et les enlevait avec lui, me laissant toute embrasée de l'amour de Dieu. Alors, la douleur que l'on ressent est si violente qu'on se laisse aller à de petites plaintes, et la douceur qui l'accompagne est si grande que pour se la procurer il ne faut rien moins que Dieu même. Dans le temps que durait cet état, j'étais comme hors de moi et j'aurais voulu ne rien voir ni parler à personne; c'était un bonheur et une gloire, au-dessus de toute la gloire que les créatures n'auraient pu jamais me procurer. *Maintenant, aux premières approches que j'en ressens, Notre-Seigneur enlève mon âme en extase et la douleur n'a plus lieu; tout est jouissance.* »

Quoique venant d'un ange, tout ceci me semble fort suspect; ce dard à la pointe enflammée, que va-t-il faire dans les entrailles, n'y apportant que du plaisir? Il nous semble que cet ange est bien indiscret : il aurait pu se contenter d'une causerie amicale et céleste sur le bonheur des élus, plutôt que de se livrer à une si bizarre occupation dont son dard ne pouvait guère revenir que dans un état extraordinaire!

Pour mieux montrer combien ces hallucinations étaient véritablement matérielles, Thérèse raconte, autre part, que l'âme a besoin, par moments, de motifs d'amour plus tranquilles, et qu'il ne faut pas toujours aimer Dieu à coups de poing. Ailleurs elle ne craint pas de plaider une cause étonnante dans la bouche d'une sainte : elle s'élève contre certains livres de prières, qui prétendent éloigner toute image corporelle et détourner l'esprit de tout être créé; elle combat les théologiens qui prétendent que l'humanité de Jésus ne fait pas avancer dans le chemin de la piété ; elle plaide très vivement le contraire et veut que le corps tendrement aimé, ne soit pas un obstacle à la prière; comme elle croit vraie son hallucination génitale, elle la défend avec ardeur, et ne veut pas être privée du plaisir qu'elle y éprouve.

La Transverbération. — Après la mort de sainte Thérèse, la Transverbération de son cœur, c'est-à-dire la plaie

faite par le dard de l'ange devint un motif tout à la fois de vénération et de discussion religieuse : au couvent de l'Incarnation d'Albe, où l'on conserve ce cœur si précieux, on montrait la cicatrice et on voulait instituer, pour en célébrer le miracle, une fête spéciale, la fête de la Transverbération. Si elle eût pu le faire, sainte Thérèse, avec sa finesse d'esprit, aurait souri de cet excès de zèle ; elle aurait refusé pour son organe cet honneur extravagant sans attendre le veto de la cour romaine, qui se contenta de placer la sainte parmi les vierges et martyrs.

*Résultats.* — Telles sont les hallucinations qui firent tant de bruit à l'époque de la Renaissance et pendant les siècles suivants ; racontées par elle, elles ne peuvent être mises en doute ; comme ce sont elles qui nous ont servi pour établir la base sérieuse de cette observation médicale, on doit en conclure que sainte Thérèse n'était pas une sainte prophétesse, comme on le croyait et comme on le croit encore, mais une hallucinée comme on en voit beaucoup dans les asiles d'aliénés.

Les Oraisons de sainte Thérèse. — Ce qui nous reste à dire est plus curieux encore : je veux parler des Oraisons de la sainte ; dans le livre de sa vie, Thérèse donne à ses sœurs des modèles de prières, et, pour ce faire, elle établit cinq classes d'oraisons :

1° L'oraison mentale ;
2° L'oraison de quiétude ;
3° L'oraison d'union ;
4° L'oraison d'extase ;
5° L'oraison de ravissement.

Or, il se trouve que les trois dernières oraisons ne sont plus des modèles ordinaires de prières, mais la description de trois états hystériques, éprouvés et regardés par elle comme choses pieuses et divines ; états hystériques si bien décrits que les médecins de l'époque, ignorants de cette affection, auraient pu trouver des documents complets pour l'étude de cette maladie, et qu'aujourd'hui même, pour

décrire d'une façon parfaite certaines crises, un aliéniste n'aurait qu'à copier les oraisons de la fondatrice du Carmel.

Il arrive, par le fait de cette confusion, que Thérèse, au lieu de prémunir les sœurs de son ordre contre le danger de pareilles prières, les leur donne comme exemple salutaire à suivre; pour elle, arriver aux trois dernières oraisons, c'est atteindre la perfection religieuse; en sorte que dans les couvents qui suivent sa règle, plus on est en état d'hystérie, plus on est en état de sainteté.

Dans les deux premières oraisons, il n'y a pas encore maladie, il y a seulement entraînement à la maladie ; pour me servir d'une comparaison de la sœur, on prépare le jardin où pousseront les symptômes nerveux. Laissons de côté ces deux premières oraisons, et arrivons aux trois dernières.

3° L'ORAISON D'UNION. — « *L'oraison d'union* est un sommeil de la mémoire, de l'entendement et de la volonté qui ne se perdent pas tout à fait ; dans cette espèce d'agonie on goûte des désirs inexprimables qui ne sont autre chose qu'une jouissance de Dieu. L'âme en cet état ne sait si elle parle ou si elle se tait ; si elle rit ou si elle pleure ! C'est une glorieuse extravagance, une céleste folie où l'on découvre la vraie sagesse, c'est-à-dire une délicieuse jouissance.

« On ne peut s'en sortir que par une distraction violente, peut-être même ne peut-on pas tout à fait en venir à bout; on sort de la limite de la raison ; la joie est si grande qu'il semble quelquefois que l'âme est prête à sortir du corps. Ces grands transports d'amour durant lesquels Notre-Seigneur s'unit à moi, ne sont pas des actes de dévotion seulement, *et les sens participent à cette union*. Alors Notre-Seigneur remplit les fonctions de jardinier sans laisser à faire aucun ouvrage, voulant seulement que le vrai jardinier se récrée à sentir le parfum des fleurs. »

Si nous savons lire entre les lignes, sainte Thérèse a eu raison d'appeler ainsi l'oraison d'union : il n'est pas diffi-

cile de démêler, au milieu de ces phrases mystiques, les hallucinations du sens génital que d'autres malades vulgaires nous racontent avec plus de brutalité : c'est dans cette oraison d'union et dans la suivante qu'il faut placer les hallucinations racontées plus haut : Thérèse décrit admirablement, pour les avoir éprouvées, les sensations perçues dans ce demi-sommeil : toutes les facultés de l'âme sont anéanties avec conservation d'une demi-conscience et le souvenir très vif, au réveil, des sensations éprouvées.

Comme elle le dit, l'intelligence, la volonté, la mémoire ne sont pas perdues, mais sont dans un état de paralysie ou de demi-sommeil dont on ne peut se réveiller que par une secousse à laquelle parfois on résiste, tellement est profonde la jouissance éprouvée.

Ne croyez pas que les mystiques seuls peuvent se donner ou subir cet état, phase de maladie ou oraison d'union, non, d'autres peuvent l'éprouver sans que la religion s'y trouve mêlée.

Une dame mariée, présentant des symptômes non douteux d'hystérie, entrait, de sa propre volonté, dans cette période de jouissance extatique ; elle se retirait dans sa chambre loin du bruit ; et là assise dans un fauteuil, la tête renversée sur le dossier du siège, le regard perdu au plafond elle croisait la jambe droite sur la gauche et d'un mouvement lent et rythmique, elle frottait avec le talon du pied droit l'extrémité de la jambe gauche ; peu à peu elle entrait dans un demi-sommeil hypnotique, pendant lequel elle éprouvait la jouissance infinie d'une union imaginaire : C'était, nous disait-elle, la sensation de béatitude que doit éprouver un fumeur d'opium ; si on entrait dans sa chambre, on pouvait circuler et faire du bruit sans la réveiller, mais elle avait conscience qu'on était là ; au bout d'un quart d'heure environ, tout était fini. Chez cette personne, cet état n'était ni précédé, ni accompagné, ni suivi d'une crise convulsive quelconque. Quelquefois, mais très rarement, étant en compagnie, elle s'est endormie du même sommeil, sans y prendre garde ; on attribuait la chose à une

syncope, mais, d'après son mari, c'était le même état hystérique.

4° L'ORAISON D'EXTASE. — Nous arrivons avec sainte Thérèse à l'oraison d'extase : c'est, suivant le point de vue, un degré de plus d'hypnose ou un degré de plus de piété.

« Dans l'*oraison d'extase* on n'a plus de sensations distinctes ; on jouit simplement, sans connaître de quoi on jouit, on sent qu'on jouit d'un bien où sont renfermés tous les biens, mais on ne comprend pas quel est ce bien. Les facultés et les sens sont si occupés de cette joie, qu'ils ne sont plus libres pour faire attention à rien, ni à l'intérieur ni à l'extérieur. Le corps et l'âme sont dans une impuissance totale pour s'expliquer sur leur jouissance ; dans cet état toute application étrangère serait un embarras et un tourment. L'âme se sent en un instant tomber dans une espèce de défaillance et de pâmoison universelles avec une douceur et un contentement inexprimables ; les forces s'en vont : on peut à grande peine remuer les mains ; les yeux se ferment malgré soi, ou s'ils restent, ouverts, on ne peut s'en servir. Si l'oreille entend, ce sont des bruits confus et non des mots ou des phrases ; il en est de même des autres sens qui ne sont propres qu'à empêcher l'âme de jouir à son aise de la plénitude de son bonheur ; en même temps on jouit *matériellement* d'une satisfaction très grande et très sensible.

« Au début la chose passait si vite qu'on ne s'apercevait pas à l'extérieur de cette privation de sentiments ; plus tard il n'en fut pas ainsi, mais la durée de la suspension des puissances de l'âme ne dépasse jamais une demi-heure.

« Voyons maintenant ce que sent l'âme dans cet état ; c'est à celui qui le sent à le dire : l'âme reste toute attendrie ; il semble qu'elle voudrait se distiller en larmes, non de douleurs, mais de joie, et elle s'en trouve baignée sans s'être aperçue comme elle les a versées. Elle est remplie de joie, de voir l'ardeur de son feu apaisée par une manière d'eau si merveilleuse qui loin de l'éteindre, l'augmente

davantage : on prendrait ceci pour de l'arabe, et cependant cela se passe ainsi.

« Il m'est arrivé quelquefois, au sortir de cette oraison, de ne savoir si c'était un songe ou une vérité, mais me voyant trempée de mes larmes, qui coulaient sans peine et d'une force et d'une vitesse qu'il semblait que ce fût une nuée céleste qui se déchargeait pour arroser mon jardin intérieur, je voyais que ce n'était pas un songe. »

Que lisons-nous dans nos livres classiques sur l'extase? C'est un état symptomatique de l'hystérie qui présente les caractères suivants : perte presque complète de la perception du monde extérieur; les sensations de la vue, de l'ouïe, du toucher sont, sinon complètement abolies, du moins considérablement diminuées; la figure illuminée d'un rayon de bonheur indicible, la tête renversée en arrière, le cou tendu, les membres immobiles dans une position une fois prise; les sensations les plus vives et les plus douces se reflètent sur la figure et parfois dans des attitudes passionnelles : les hallucinations sont concentrées sur un seul objet, avec une jouissance qui absorbe toute l'intelligence et toutes les affections.

L'accès dure de dix minutes à une demi-heure, jamais plus; il cesse brusquement ou peu à peu, mais le sujet conserve la mémoire des visions, auditions et sensations diverses perçues pendant l'accès, il se termine généralement par une crise de larmes et par une émission d'urine.

On voit combien Thérèse a bien étudié son cas : elle nous fait une description aussi précise que l'écrivain moderne des symptômes de l'extase : même perte de sensibilité, même perte des forces, même abolition des sens, mêmes jouissances hallucinatoires, enfin, même manière de se réveiller au milieu des larmes.

On comprend quels sentiments de pudeur ont empêché la sainte de parler de l'émission involontaire d'urine, qui accompagne la pluie de larmes. Cependant, dans un autre passage de ses mémoires elle raconte qu'en reprenant ses sens, elle trouvait ses vêtements mal en point.

5° ORAISON DE RAVISSEMENT. — Pour l'*oraison de ravissement* qui correspond à la grande névrose, celle avec convulsions, avec attitudes passionnelles, avec hallucinations de toutes sortes, sainte Thérèse nous la décrit comme le summum de la dévotion.

Si nous étudions scientifiquement ou plutôt médicalement cette dernière oraison, nous constatons divers faits qui éclairent singulièrement le diagnostic de la maladie : au sujet de la crise convulsive, que lisons-nous dans nos livres classiques? Le plus souvent le sujet éprouve d'abord une vague aura, la boule hystérique, puis les yeux se ferment, la parole s'arrête, le corps s'immobilise et tombe lentement. L'attaque a lieu : le malade se convulse comme dans l'épilepsie, mais la perte de connaissance n'est pas brusquement complète ; durant l'attaque on observe des mouvements désordonnés de tout le corps, parmi lesquels le spasme cynique, la folie libidineuse des anciens ; parfois l'attaque se passe en silence ; d'autres fois elle est accompagnée de petits cris ou de sanglots bruyants ; la malade suffoquée porte les mains à son cou et à sa poitrine pour arracher le poids constricteur. Enfin, obnubilation plus ou moins complète de la conscience, hallucinations, illusions, perversions des sens, tels sont les troubles variés de cette période.

Après la crise révulsive, il y a parfois la période des contorsions toujours bizarres et effrayantes, avec délire concomitant ; les yeux sont convulsés sous la paupière supérieure ; les oreilles n'entendent pas et la peau anesthésiée n'éprouve plus de sensations de douleur ou de chaleur. Le thermomètre invariable se maintient à 37°, 38° au plus, malgré l'intensité des attaques. Enfin l'hystéro-épileptique conserve tel quel l'ensemble de ses facultés, sans diminution ou altération, alors que l'épileptique voit chaque jour son intelligence décliner et marcher à la démence.

Que nous dit sainte Thérèse dans son oraison de ravissement et dans la description de ses hallucinations?

Elle a l'aura, ce coup de sifflet indicateur de la crise, sous la forme d'un sentiment de refroidissement ; puis elle a la

douleur violente au côté et la constriction de la gorge; la chaleur n'augmente pas, nous dit-elle; elle éprouve la perte de connaissanee, l'anéantissement des forces; elle tombe et se convulse dans un accès hystéro-épileptique, puisque sa langue est déchirée et ses mains contracturées assez longtemps ; elle a le délire transitoire sous forme d'hallucinations diverses; elle a les gémissements et les petits cris; elle a les sentiments de tristesse et d'angoisse; peut-être aussi a-t-elle les attitudes passionnelles si nous traduisons bien sa phrase. « Ici le corps est moins maître de lui. » Pendant la longue durée de cet état nerveux, les périodes d'extase et d'union viennent remplir l'intervalle des crises et apporter pendant quelques heures un peu de soulagement à la pauvre convulsée. Enfin, lorsque la malade se réveille, la période est finie, elle est brisée comme de coups reçus, mais elle reprend alors, avec toute son intelligence reconquise, son train de vie ordinaire. La période de ravissement de sainte Thérèse s'appelle d'un autre nom en aliénation mentale, c'est le mal hystéro-épileptique.

Le chateau intérieur. — Dans un dernier livre, le *Château intérieur*, sainte Thérèse a reproduit sous une autre forme le même ordre d'idées; ce château fort se compose de plusieurs enceintes où l'âme pénètre peu à peu : la première enceinte correspond à l'oraison mentale; la dernière, ou bastion principal, à l'oraison de ravissement; faire une comparaison entre les états d'hystérie et ces diverses enceintes serait, avec des changements de nom, répéter le travail que nous venons de faire pour les oraisons ; nous n'en parlons donc que pour mémoire.

Bonne foi de sainte Thérèse. — La description de ces oraisons et l'histoire de son château intérieur nous prouvent la bonne foi de sainte Thérèse ; elle ne se rendait nullement compte du mal dont elle était la proie et regardait comme vraies ses hallucinations de divers sens. Lorsque la grande crise s'emparait d'elle, comme la pythie sur le tré-

pied de Delphes, elle croyait que Dieu prenait possession de sa personne.

CREDO QUIA ABSURDUM. — En terminant ce travail, nous rappellerons un mot de sainte Thérèse qu'elle eut constamment dans la bouche pendant le cours de son existence : « Plus les choses sont au-dessus de la raison, plus je les crois ». Cela veut dire que les manifestations de sa maladie et ses hallucinations en particulier, bien qu'en dehors de la raison, doivent être acceptées comme articles de foi non seulement par elle, mais encore par tous ceux qui suivent son enseignement. Aussi pensait-elle faire acte méritoire, en excitant les fidèles par ses sermons et par ses livres à mettre en pratique les cinq oraisons, et à pénétrer avec elle dans le château fort hanté par sa folie. Mais en donnant comme aliment religieux, aux peuples avides de l'entendre, les produits de ses hallucinations et en entraînant pendant plusieurs siècles les foules croyantes dans la fausse direction d'un mysticisme maladif, Thérèse fit un mal considérable à l'humanité ; car il ne faut pas se le dissimuler, elle eut une autorité sérieuse sur le monde entier ; l'Espagne surtout eut à souffrir de son fait : dans ce beau pays qui avait été, sous les Arabes, le centre de la civilisation, cette hystérique fut regardée tout à la fois comme grande sainte et comme grand docteur ; elle fut, comme influence, supérieure à tous : elle fut écoutée par les évêques et par les prêtres, par la Cour et les grands seigneurs, par les gens éclairés et par le peuple ignorant, enfin par le long cortège de moines qui se prolonge de siècle en siècle dans l'histoire. Sa cellule fut l'antre de la Sibylle d'où sortaient sans cesse les mots fatidiques, et parmi ceux-ci, celui qui pour elle les résumait tous : « Plus les choses sont au-dessus de la raison, plus nous les croyons ». Ces mots, négation de toute science, ennemis de tout progrès, furent les mots d'ordre qui présidèrent à l'enseignement dans tous les ordres religieux et dans toutes les universités catholiques; ils y président encore. Ils furent, sans aucun doute,

une des plus grandes causes de l'amoindrissement de ce peuple espagnol qui, avec tant de qualités morales, aurait dû avoir d'autres destinées.

CONCLUSIONS. — Pour sainte Thérèse, si l'hystérie est une excuse et si on doit lui pardonner, comme on pardonne à ceux qui ne savent ce qu'ils font, il n'en est pas moins vrai qu'il reste un devoir à remplir, celui de faire connaître la vérité aux gens croyants, susceptibles aujourd'hui encore, d'être séduits et trompés par ses écrits.

Si sainte Thérèse, ne cessons de le dire, fut une sainte, ce fut une sainte hystérique.

Au XX^e siècle la formule de saint Augustin et de sainte Thérèse : *Credo quia absurdum* doit être effacée de tous les catéchismes et de tous les manuels d'instruction ; au XX^e siècle il faut croire seulement ce que la science et la raison nous enseignent ; la raison et la science doivent prendre la place de toutes les folies religieuses.

*Le 15 décembre 1901.*

Vallée des Consuls (Alger).

NOTA. — Il y a des sources aux eaux claires, abondantes et intarissables où s'alimentent de nombreux ruisseaux ; le livre du D^r Pitres (de Bordeaux), sur l'hystérie, est la source féconde qui a coulé dans le filet d'eau qu'est cet opuscule.

D. R.

---

ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

*Les drames de la folie.* — Un drame attribué à la folie s'est déroulé hier soir à sept heures, à Arc-sur-Tille, à 12 kilomètres de Dijon : une mère de famille du nom de Régnier, dont le mari est employé aux tramways départementaux, s'est noyée dans la Tille avec trois de ses enfants, un de cinq mois, les autres de quatre et deux ans. Elle s'était attaché les deux derniers à la ceinture. Régnier, en rentrant chez lui, surpris de ne trouver que ses trois enfants aînés, se mit à la recherche de sa femme, dont le cadavre et ceux de ses plus jeunes enfants ne tardèrent pas à être retirés de la rivière.

# SOCIÉTÉS SAVANTES.

## XII^e CONGRÈS
## DES MÉDECINS NEUROLOGISTES ET ALIÉNISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

*Tenu à Grenoble du 1^er au 7 août 1902*

(SUITE) [1]

### Séance du 4 Août 1902.

*Visite de l'Asile de Saint-Robert.*

Le lundi 4 août, sur l'invitation du bureau du Conseil général de l'Isère, le Congrès s'est rendu à l'Asile de Saint-Robert. M. Gex, directeur, et M. Bonnet, médecin en chef, ont servi de guides aux visiteurs.

L'asile de Saint-Robert est situé dans la riche vallée du Graisivaudan, à 6 kilomètrer de Grenoble. L'origine d'une partie de ses bâtiments remonte à une date fort ancienne. Ce fut vers la fin du XI^e siècle que deux princes de la famille des Dauphins fondèrent un monastère à Saint-Robert et y appelèrent des moines de l'ordre de Saint-Benoit. En 1691, Louis XIV fit élever, dans l'enclos de ce monastère, un vaste bâtiment destiné à servir d'hôpital et où devaient être soignés les soldats de l'armée d'Italie. Après la paix de Ryswick, ce bâtiment fut abandonné aux religieux. Pendant la Révolution, il fut vendu avec le monastère et le clos comme propriété nationale, Le département en devint propriétaire en 1812. Successivement, dépôt de mendicité, maison de correction, *maison de refuge pour les aliénés en état de fureur, les filles-mères parvenues au terme de leur grossesse, les indigents des deux sexes atteints de maladies vénériennes et cutanées reconnues susceptibles de guérison, et école d'accouchement*, l'établissement de Saint-Robert ne se modifia que lorsque la loi du 30 juin 1838 prescrivit un nouveau régime pour les aliénés. Le Conseil général décida, en 1845, que le dépôt de Saint-Robert serait affecté exclusivement au traitement des aliénés et approuva, en 1851, les plans et devis du nouvel asile, œuvre de M. le D^r Evrat, directeur. Il divisa l'asile en trois parties : celle de droite réservée au service des femmes; celle de gauche au service des hommes ; les services généraux au centre.

Les pavillons séparés les uns des autres, forment. pour ainsi dire,

[1] Voir le dernier numéro, p. 241 à 276.

de petits asiles, de qui facilite la distinction et le classement méthodique des différentes catégories et formes d'aliénation mentale, l'éloignement de celles dsnt le voisinage pourrait être nuisible à l'un ou à l'autre. Barreaux aux fenêtres, hautes murailles autour des préaux, tout ce qui rappelle la séquestration a été supprimé. La vue a été rendue aussi riante et étendue que possible. Des massifs d'arbres et de fleurs, la vue du magnifique panorama de nos montagnes, tout concourt à donner aux malades l'illusion de la liberté. Chaque pavillon a deux expositions et de nombreuses ouvertures pour donner à profusion de l'air et de la lumière. La propreté fait l'admiration de tous les visiteurs.

L'asile comprend seize pavillons pour les indigents, un pensionnat pour les hommes, un autre pour les femmes et une colonie agricole de quarante hectares. Deux nouveaux quartiers d'agités sont en voie de construction [1].

Il est à regretter qu'on les ait disposés de telle façon qu'ils causent un préjudice sérieux aux malades du pensionnat (F.). De même aussi pour le pensionnat des hommes, il est à regretter que le rideau d'arbres que nous avons vu autrefois et qui dissimulait la vue du cimetière ait été abattu par le directeur administratif, ce qui fait que aujourd'hui les pensionnaires voient le cimetière, les enterrements, etc. C'est là une « distraction » qui ne peut que nuire aux malades,

Au pensionnat des hommes, au second étage, il y a un dortoir de 7 lits pour les aliénés de l'asile qui viennent faire les grosses besogues. Les chambres des infirmiers sont défectueuses, étroites, prennent l'air seulement sur le corridor et sur la chambre des pensionnaires.

Le *quartier des agités* de l'asile est bien compris. Nous y reviendrons. — Le *service balnéo hydrothérapique*, auquel est annexée l'étuve, est l'un des mieux organisés que nous ayons vus dans nos visites : au centre est l'installation hydrothérapique, d'un côté bains des hommes, de l'autre bains des femmes. — Dans le vestibule de tous les quartiers, *lavabos communs*. — *Baquets* dans les dortoirs la nuit; cette pratique déplorable, qui existe encore dans trop d'asiles, devrait disparaître. — Eclairage électrique.

La population de l'asile était de 1,040 au 1er janvier 1901, de 1,012 au 31 décembre dont 41 de la Seine (1 fr. 50 par jour). Au cours de l'année, il a été admis 19 cas de *folie alcoolique* (14 hommes, 5 femmes), et 2 cas de *crétinisme* ou mieux de dégénérescence physique, rappelant d'assez loin le véritable crétinisme. Le nombre des *goitreux* va progressivement en diminuant. — Au 30 avril 1902,

[1] Nous empruntons une partie de ces renseignements à une petite notice (avec plan) délivrée aux congressistes, intitulée : *Souvenir de la visite de l'établissement*.

il y avait 218 *travailleurs* et 264 *travailleuses*. Prix de journée des aliénés de l'Isère 1 fr.

Les pavillons portent des noms laïques sauf quatre : Pinel, Conolly, Parchappe, Saint-Vincent, Fodéré, Saint-Ferréol, Calmeil, Gasparni, Baillarger, pour la division des hommes; Esquirol, Ferron, Sainte-Chantal, Saint-Côme, Falret, Evrat, Daquin, Charmeil, pour la division des femmes.

Le pensionnat donne une recette de 101,770 fr., la Seine, 11,971 fr. Total général des recettes = 742,084 fr, — Les dépenses = 677,198, dans lesquelles figure l'annuité de 26.000 fr., répondant à un emprunt contracté en 1882. Les rendements de l'exploitation agricole ont été de 90,423 fr. en 1901 (voir p. 395).

Toujours à l'avant-garde du progrès, le Conseil général a fait construire, depuis longtemps, un asile pour les vieillards. L'année dernière, il a voté la création d'un asile pour les incurables qui ne peuvent être secourus à domicile et qui ne peuvent être admis à l'hôpital, parce qu'ils sont incurables, à l'asile des vieillards parce qu'ils n'ont pas cinquante ans ou sont impotents et gâteux, à l'asile d'aliénés, parce qu'ils ne sont pas fous. Les bâtiments nécessaires à ce nouveau service seront construits sur le terrain de la ferme.

A midi, un *banquet* éteit offert aux visiteurs dans les superbes allées de marronniers du parc de l'asile. Au dessert, M. le Préfet de l'Isère prend le premier la parole. Il excuse M. l'inspecteur-général Ogier, qui n'a pu répondre à l'invitation qui lui avait été adressée.

M. Antonin Dubost, président du conseil général et délégué du ministre de l'Intérieur souhaite la bienvenue aux congressistes et les remercie d'avoir honoré Grenoble et l'asile départemental de leur visite. Il énumère les sacrifices que s'impose le Conseil général pour assurer le fonctionnement des services administratifs et des services médicaux de l'asile et annonce la prochaine ouverture des nouveaux pavillons, ce qui permettra, d'une part, de recevoir un plus grand nombre de malades, d'autre part de dégager les locaux actuellement *encombrés*.

« Nous sommes convaincus, messieurs, dit-il, que votre voyage dans ce pays se traduira par de nouvelles améliorations dont bénéficiera l'assistance publique. »

Il termine son allocution en portant un toast aux congressistes, à M. Régis, président et aux dames du Congrès.

M. Régis, remercie M. le préfet et le conseil général de leur bienveillant accueil. Il a trouvé dans l'asile une direction et une administration parfaites et il est heureux de rendre hommage au dévouement autant qu'à la compétence de MM. Gex et Bonnet. Ce dernier, ajoute-t-il, s'est inspiré du souvenir de M. le Dr Evrat, dont il applique la méthode. Il est heureux de retrouver ici son

ancien maître, M. le Dr Mottet. Il lève son verre à M. le préfet, à M. Dubost, à M. Bonnet, à M. Gex, à M. le Dr Mottet.

M. Gex dit que c'est un honneur et une fête pour l'asile de recevoir d'aussi éminents visiteurs : il remercie les invités et les dames dont la présence double le charme de cette fête. Les félicitations qui lui ont été adressées, il les reporte sur ses collaborateurs dont le zèle ne se dément pas un instant et qui contribuent à lui rendre sa tâche facile. Il a un mot aimable pour la presse locale et pour tous ceux qui ont donne à l'établissement de Saint-Robert le précieux témoignage de leurs sympathies.

Au nom de la Société médico-psychologique de Paris M. Mottet, dont la verte vieillesse a affronté les fatigues d'un long et pénible voyage, est heureux de retrouver quelques-uns de ses plus laborieux élèves. Il lève son verre au progrès de la science médicale et au développement de l'assistance.

M. Dupré porte ensuite, en vers, le toast suivant :

Vous m'avez demandé des vers
Comme si j'étais un poète.
Depuis, j'ai la tête à l'envers.
Le cœur triste et l'âme inquiète.

Vous m'avez dit : « Je suis jaloux,
Que m'importent tous ces éloges ?
Ces toats, je les donnerais tous
Pour un sourire de Limoges ! »

Régis, s'il faut que nos repas
Soient couronnés par un poème,
Aujourd'hui, ne l'oubliez pas.
Le vrai poète, c'est vous-même !

Grâce à vous, échanson divin,
Nous avons eu mieux qu'un poète :
Le poème de votre vin
S'est répandu sur notre tête !

A travers les ors transparents
Et les rubis de vos bouteilles,
Des onirismes délirants,
Nous avons connu les merveilles !

Le vin qu'on doit boire à genoux,
Vous le savez mieux que personne.
N'évoquait-il pas devant nous
L'âme exquise du vieil Ausone !

A Régis, un ban solennel !
A l'amphitryon de la fête !
Les petit-fils du grand Pinel
Saluent leur président poète ?

M. Bonnet, secrétaire général du Congrès, remercie les savants du monde médical d'avoir répondu à son appel ; il exprime toute sa gratitude au Conseil général et à son éminent président, M. Dubost, et porte un toast en l'honneur de M. Vallon, son ancien maître. — M. Giraud rappelle qu'au congrès qui se tint à Lyon, il y a onze ans, les congressistes avaient fait une première visite à l'asile de Saint-Robert. Il est heureux de constater les améliorations apportées pendant cette période et les progrès réalisés. — Enfin la série des toats est close par M. Vallon, qui porte la santé de l'un de ses plus brillants élèves, M. le Dr Bonnet.

Inutile de dire que ces divers toasts ont été vivement applaudis et que celui de M. Dupré a eu les honneurs du ban. Après le banquet, les congressistes se sont réunis dans une des salles de l'asile pour la continuation de leurs travaux.

---

## Séance du 4 août 1902 (soir).

### *Traumatisme et folie.*

MM. Marie et Picqué. — *Résumé :* Dans les psychoses et comme pour les névroses, il est fréquent d'entendre invoquer par les malades ou leur famille, l'influence des traumatismes généraux ou locaux. L'examen des aliénés montre d'autre part souvent qu'ils portent, en effet, des traces de traumatismes variés. Ces traumatismes peuvent être divisés en deux grandes classes, traumatismes consécutifs à la folie, traumatismes antérieurs.

Les premiers peuvent être accidentels ou directement en rapport avec la folie précédente. Ils peuvent dans un cas comme dans l'autre être sans influence ou réagir à leur tour sur la psychose antérieurement existante. Parfois ils l'aggravent en y surajoutant des complications variées : parfois ils peuvent faire disparaître certains phénomènes pathologiques agissant comme une intervention opératoire voulue.

Les traumatismes antérieurs ou psychoses peuvent être sans action sur elles ou au contraire préparer le terrain en créant un *locus minoris resistensiæ*.

Enfin il est des cas où le traumatisme antérieur semble en rapport étroit avec la psychose consécutive et dans un rapport de cause à effet. Les observations publiées ne sont pas démonstratives; de nouvelles études sont à faire dans cette voie. Les traumatismes antérieurs aux troubles mentaux et nerveux peuvent appeler l'intervention chirurgicale. Celle-ci peut être faite avant l'apparition des troubles mentaux et nerveux pour remédier aux conséquences ordinaires du traumatisme.

Dans le cas d'intervention précoce, la psychose post-opératoire peut être liée à l'opération seule et à ses suites ou bien encore au traumatisme mental, ou à l'un ou l'autre. Elle peut rester aussi sans rapport autre que de coïncidence. Une première intervention opératoire peut, sans compliquer l'état mental ou nerveux, rester sans action curative : il ne s'ensuit pas qu'une intervention nouvelle ultérieure ne reste pas indiquée.

Les applications futures de la chirurgie aux psychoses tireraient profit de l'étude des suites lointaines qu'on en peut observer dans les services d'asile comme des recherches fort minutieuses qu'on y peut faire.

Dans l'étiologie de toutes ces catégories de psychoses, l'élément traumatique peut intervenir parfois d'une façon prépondérante; cet élément étiologique, souvent méconnu, mérite cependant une place à part. L'observation individuelle plus minutieuse des malades des asiles doit conduire à l'utilisation plus fréquente des ressources de la thérapeutique chirurgicale dans le traitement des psychoses tant aigués que chroniques. Ce rapport des psychoses avec le traumatisme doit de même conduire le chirurgien, dans les premières périodes du traumatisme à ne négliger aucune indication opératoire.

M. A. Marie montre une série de moulages de calottes crâniennes *trépanées*.

*Suites éloignées du traitement chirurgical de l'idiotie et de l'épilepsie.*

M. Bourneville (de Paris) appelle l'attention sur les résultats éloignés du traitement chirurgical de l'idiotie et de l'épilepsie et relate un certain nombre d'observations qui prouvent que dans l'*épilepsie dite essentielle*, après une diminution passagère des accès à la suite de la trépanation, ceux-ci réapparaissent plus nombreux qu'auparavant et s'accompagnent rapidement d'une profonde déchéance des facultés. Les résultats, dans l'*épilepsie partielle* ou jacksonienne, ne sont pas plus satisfaisants lossqu'on suit les malades prétendus guéris pendant quelques années. Seule, l'*épilepsie* d'origine *traumatique* paraît rester tributaire de la chirurgie, mais encore faut-il que l'intervention soit précoce et que plusieurs années ne se soient pas écoulées depuis l'apparition des premiers accès.

Quant à l'*idiotie*, on sait que son traitement chirurgical reposait sur une hypothèse erronée, celle de la synostose prématurée des os du crâne ; aussi est-il aujourd'hui à peu près complètement abandonné.

M. Obregia. — J'ai eu de mon côté l'occasion de suivre pendant plusieurs années cinq épileptiques qui avaient subi une double ré-

section du sympathique cervical. Chez tous ces malades, les accès comitiaux disparurent pendant quelque temps à la suite de l'opération, mais pour réapparaître ensuite tout aussi intenses et tout aussi fréquents. Je fus obligé d'avoir recours au bromure de potassium aux doses de 6 à 12 et 14 grammes par jour. Grâce à ce traitement intensif, 2 de ces malades peuvent être considérés comme guéris, car, bien qu'ayant cessé de prendre du bromure depuis un an, ils n'ont pas eu de nouvel accès; 2 sont encore actuellement en traitement; le cinquième a succombé en état de mal.

*De l'utilité de la ponction lombaire pour le diagnostic de la paralysie générale.*

MM. A. Joffroy et E. Mercier. — Dans un grand nombre de cas, le diagnostic de la paralysie générale, impossible par les anciens moyens d'investigation, peut être fait grâce à la ponction lombaire, car dans les conditions où se pose habituellement ce problème clinique, la constatation de nombreux éléments blancs dans le liquide céphalo-rachidien permet d'affirmer la paralysie générale, tandis que leur absence permet de rejeter ce diagnostic.

A l'appui de cette affirmation, les auteurs de la communication apportent leur statistique personnelle et des exemples empruntés aux leçons cliniques faites à l'asile Sainte-Anne pendant l'année scolaire 1901-1902, leçons qui doivent former la base d'un travail plus développé sur les applications de la ponction lombaire en psychiatrie.

La statistique comprend 120 ponctions lombaires faites chez 91 malades différents, la plupart avec numération des éléments blancs. Il a été fait 70 ponctions chez 48 paralytiques généraux. Le nombre des éléments était généralement compris entre 10 et 100 par millimètre cube. Dans 4 ponctions faites sur 3 paralytiques, on a trouvé un nombre d'éléments comparable à celui qu'on trouve chez les sujets sains. Mais les auteurs montrent que ces trois malades n'étaient pas dans les conditions d'évolution que rencontre le clinicien dans le cas où le diagnostic est difficile. Ils pensent qu'au début de la paralysie générale l'augmentation du nombre des éléments est un symptôme constant.

Ils ont trouvé encore un nombre élevé d'éléments dans 4 cas de tabès avec troubles mentaux, et dans un cas d'excitation maniaque associé à une méningo-myélite syphilitique dont les symptômes disparurent en même temps que l'excitation sous l'influence du traitement spécifique.

Chez 18 vésaniques appartenant aux diverses variétés de psychoses, chez 1 épileptique, dans 1 cas de crises épileptiformes liées à l'albuminurie, 2 cas de ramollissement cérébral et 1 cas d'hydrocéphalie, le nombre des éléments n'était pas augmenté. Il n'était

pas augmenté non plus chez 14 alcooliques auxquels furent faites 17 ponctions, et qui comprenaient 8 cas d'alcoolisme subaigu, 4 d'alcoolisme chronique et 2 de psychose polynévritique de Korsakoff.

La ponction lombaire permet de distinguer la paralysie générale des diverses formes de l'alcoolisme, et surtout de ces accès d'alcoolisme subaigu qui éclatent dans le cours de l'alcoolisme chronique. A diverses reprises, les auteurs se sont trouvés en face de malades présentant, avec un délire plus ou moins analogue au délire alcoolique, de la confusion, de l'amnésie, des troubles de la parole et parfois de l'inégalité pupillaire. Suivant que la ponction faite à l'entrée dans le service leur révélait un nombre anormal d'éléments blancs ou une quantité normale, ils faisaient, dans des cas par ailleurs tout à fait semblables, tantôt le diagnostic de paralysie générale, tantôt celui d'alcoolisme, et l'évolution ultérieure de la maladie leur a toujours donné raison. Or, avant l'emploi de la ponction lombaire, le diagnostic immédiat était impossible dans ces cas.

La ponction lombaire permet aussi de distinguer la paralysie générale, au début, d'une psychose, et en particulier d'un accès curable de manie ou de mélancolie, alors que le diagnostic sans aide serait tout à fait impossible.

Les auteurs citent l'exemple de deux hommes arrivés à l'âge moyen de la vie, qui tous deux furent atteints d'un accès d'excitation maniaque sous l'influence duquel ils commirent des incorrections très comparables. A l'examen, tous deux présentaient de l'excitation sans affaiblissement intellectuel, sans troubles de la mémoire. La parole était normale, comme l'écriture; chez tous deux il y avait une légère inégalité pupillaire, avec un réflexe lumineux normal.

Il eût été impossible de différencier ces deux malades sans la ponction lombaire, qui révéla un nombre anormal d'éléments chez l'un, un nombre normal chez l'autre. Le premier était un paralytique général; le second, au contraire, devait être regardé comme curable.

La présence des éléments blancs chez un aphasique permet d'attribuer l'aphasie à la paralysie générale dans certains cas où sans la ponction lombaire, le diagnostic avec le ramollissement cérébral serait très difficile.

Mais il y a des cas très rares où la ponction lombaire ne peut servir au diagnostic de la paralysie générale. Ce sont ceux où il existe une autre affection capable d'expliquer la présence des éléments blancs. Par exemple, lorsqu'un tabétique présente des troubles mentaux, on doit se demander s'il s'agit de troubles passagers, ou si l'on doit incriminer des lésions cérébrales de paralysie générale. Ici la ponction lombaire est impuissante, puisque le tabes suffit à expliquer la présence des éléments blancs.

En somme. d'après cette communication, la présence de nombreux éléments blancs dans le liquide céphalo-rachidien est le plus constant et le plus précoce des signes physiques de la paralysie générale, et sa découverte a fait faire un progrès considérable à la question si importante du diagnostic de cette affection.

*Discussion :* M. Joffroy. — Je désire attirer l'attention sur les 4 ponctions négatives faites chez des paralytiques généraux. Elles ont porté sur 3 malades. L'un de ces malades est entré à la clinique il y a sept ans avec tous les signes de la paralysie générale, puis après une période d'amélioration son état est resté stationnaire. Deux ponctions faites à six mois de distance dans le cours de la septième année de la maladie n'ont pas révélé d'éléments. Il ne faudrait pas en conclure que dans ces paralysies générales prolongées, l'absence des éléments soit constante, car chez un autre malade dont l'état reste stationnaire depuis treize ans, une première ponction fut négative, mais une deuxième, faite six mois après, révéla de nombreux éléments. D'ailleurs la quatrième ponction négative montre qu'on peut rencontrer cette absence des éléments dans des cas récents à évolution rapide. Ainsi pas plus qu'aucun autre symptôme de la paralysie générale, la présence des éléments n'a une valeur absolue.

M. Arnaud a vu un sujet atteint de crampes des écrivains qui eut ensuite de l'embarras de parole. Ce fait lui semble venir à l'appui des idées émises par M. Pailhas sur la corrélation des centres de l'écriture et de la parole.

M. Doutrebente. — Je demande à M. Joffroy de nous dire s'il pourrait nous fournir des renseignements sur les antécédents vésaniques héréditaires des deux paralytiques dont la maladie dure depuis cinq et onze ans.

M. Joffroy. — L'un de mes malades avait des antécédents héréditaires manifestes, il était fils d'un déséquilibré.

M. Doutrebente. — Je remercie M. Joffroy de ce renseignement, qui me confirme dans l'opinion émise par moi il y a trente-deux ans dans ma thèse, quand j'ai dit, le premier en date, que la forme chronique et rémittente de la paralysie générale se rencontrant chez les héréditaires vésaniques.

MM. Marie et Duflot. — Il y a bientôt deux ans que Widal, Sicard, Ravaud, ont fait connaître et rendu praticable à tous la ponction lombaire. Depuis cette époque, tout a été dit sur la nature de cette opération, les méthodes d'examen du liquide, les renseignements cliniques qu'une ponction peut donner en neurologie et en psychiatrie. On a tenté la ponction lombaire dans toutes les maladies susceptibles d'irriter les méninges et par suite de faire apparaître des éléments figurés dans le liquide céphalo-rachidien. La présence ou l'absence de ces éléments dûment constatées

permettent donc, dans un cas donné, d'éliminer un certain nombre d'hypothèses et de restreindre, par conséquent, le champ du diagnostic.

A côté de ce simple examen, se bornant à constater la présence ou l'absence d'éléments figurés, il nous a semblé que d'utiles renseignements pourraient peut-être résulter de l'examen systématique et répété du liquide céphalo-rachidien chez certains malades.

Aussi, avons-nous fait un choix de paralytiques généraux que nous soumettons périodiquement à la ponction. Nous nous sommes demandé, en effet, si le nombre des lymphocytes progressait en raison directe de la maladie [1]; s'il y avait variation dans la formule cytologique dans les phases si diverses de la paralysie générale, ou encore au moment des ictus, fréquents chez le paralytique? Peut-être aussi, puisque le traitement spécifique paraît devoir rentrer en faveur, aurait-on pu trouver là un certain contrôle des effets produits par ce traitement dans certains cas de paralysie générale.

Nos observations sont encore trop peu nombreuses, et surtout suivies pendant un laps de temps trop court, pour que nous puissions répondre catégoriquement à ces multiples questions (nous nous proposons du reste de les publier avec les développements qu'elles comportent). Toutefois, il y a un fait qui nous paraît bien certain, c'est que le nombre des lymphocytes dans la paralysie générale ne semble pas progresser en raison des symptômes cliniques tant physiques que psychiques. Nous avons ponctionné des malades tout au début de leur maladie, dont le diagnostic même était encore très hésitant. Dans certains cas, nous avons trouvé une très grande abondance de lymphocytes, tandis que chez d'autres paralytiques malades depuis longtemps, déprimés et cachectiques, le nombre des lymphocytes était sensiblement inférieur à celui trouvé chez les malades précédents.

Nous nous proposions de remettre à l'épreuve le traitement spécifique avec le contrôle du cytodiagnostic, mais il semble bien, d'après les observations précédentes, qu'il ne puisse donner de renseignements sur le bon ou sur le mauvais résultat de la médication.

Quant aux variations de la formule leucocytaire avec les diverses phases cliniques ou les ictus de la paralysie générale, nos observations, trop peu nombreuses encore, ne nous permettent de tirer encore aucune conclusion définitive si ce n'est que l'abondance des leucocytes dans le liquide céphalo-rachidien recueilli par la ponction chez les P. G. semble plus fréquente au début de l'affection et dans les phases de poussées aiguës.

[1] Il ne s'agit évidemment pas d'une énumération exacte, démontrée presque chimérique, mais d'une évaluation approximative, suffisamment exacte toutefois pour le but recherché.

*L'anxiété impulsive au point de vue médico-légal.*

M. Garnier (de Paris). — L'anxiété est assez fréquemment génératrice du crime, et ce qui constitue l'intérêt du fait, c'est que l'acte criminel issu de l'anxiété morbide est en bien des cas accompli en dehors de l'influence de conceptions délirantes. Sous l'empire d'une souffrance morale indiquée, mais non accompagnée de délire, une explosion subite a lieu, sorte de convulsion mentale qui se traduit par une fureur destructive.

Après cet éclair de violence, cette décharge motrice, il y a comme une détente qui n'est pas sans analogie avec ce que l'on observe chez les obsédés impulsifs *post actum*. On se trouve alors en présence d'une personne inquiète et surtout étonnée, qui manifeste la première sa stupéfaction d'avoir commis un tel acte de violence et qui, tout en ayant conscience de l'acte accompli, ce qui la différencie du comitial, ne s'y reconnaît pas elle-même, ce qui la distingue du délirant persécuté qui, lui, prétend sa conduite justifiée.

Le magistrat interroge et constate une lucidité à peu près entière, et si les circonstances sont telles qu'une apparence de mobiles puisse être trouvée, la situation devient très délicate pour l'expert. Il importe donc que le médecin sache que dans la mélancolie sans délire, alors que la maladie est beaucoup plus morale qu'intellectuelle, il existe un vertige mental particulier dans lequel des actes homicides ou suicides peuvent être exécutés avec tous les caractères des actes réflexes.

M. P. Hartenberg (de Paris). — La névrose d'angoisse, décrite par Freud (de Vienne), est caractérisée par les symptômes suivants :

a) *Surexcitation nerveuse générale ;* — b) *Etat d'angoisse chronique* ou « attente anxieuse » ; — c) *Accès d'angoisse aiguë paroxystique*, avec dyspnée, palpitations, sueurs profuses, etc. ; — d) *Equivalents de la crise d'angoisse* et *crises rudimentaires*, tels que : troubles cardiaques, troubles respiratoires, troubles digestifs, vertiges, paresthésies, phénomènes musculaires, phénomènes sécrétoires, phénomènes congestifs, troubles urinaires, variations de la nutrition générale, etc. — e) *Phobies et obsessions.* — De tous ces symptômes, le plus constant et le plus significatif est l'angoisse. Les désordres fonctionnels sont plus ou moins variables, s'associent diversement entre eux et peuvent se remplacer les uns les autres. Les phobies se développent à la faveur de l'angoisse, et leur objet, qui n'est que la forme intellectuelle dans laquelle l'angoisse se justifie, dépend du hasard des circonstances.

Je puis citer trois observations de malades atteints de cette forme de névropathie, et chez lesquels on ne trouve aucun des stigmates

de l'hystérie ni de la neurasthénie. En revanche, on constate les grands symptômes cliniques qui caractérisent la névrose d'angoisse : attente anxieuse, crises d'angoisse aiguë, équivalents de crises, phobies et obsessions. En conséquence, je crois légitime de classer ces malades sous le diagnostic de névrose d'angoisse.

*Note sur l'évolution des obsessions et leur passage au délire.*

M. Séglas expose le résultat de ses observations personnelles sur cette question qu'il a déjà abordée depuis 1889, dans différentes occasions. Contrairement à l'opinion généralement admise en France, il est toujours d'avis que l'obsession vraie est susceptible, à l'occasion, d'évoluer, de se transformer, d'aboutir au délire proprement dit.

Il convient tout d'abord d'éliminer les observations d'idées obsédantes, ou mieux fixes, prépondérantes et celles dans lesquelles il n'y a entre l'obsession et les symptômes délirants qu'un simple rapport de coexistence.

Les formes psychopathiques auxquelles peut aboutir l'obsession sont la mélancolie, la confusion mentale et le délire onirique, les délires systématisés. Le passage à la mélancolie peut se faire d'une façon indirecte ou directe par accentuation progressive des symptômes de l'obsession. Lorsqu'il s'agit d'accès aigus, ils revêtent en général la forme anxieuse : les idées morbides ne sont que la transformation délirante des anciennes idées obsédantes, comme cela s'observe aussi d'ailleurs dans les cas tendant plutôt à la chronicité, dans lesquels on voit l'auto-accusation délirante succéder au simple scrupule conscient et obsédant.

Les états de confusion mentale peuvent être plus ou moins accentués : ils représentent comme l'exagération de l'état d'aboulie, d'impuissance intellectuelle habituelle aux obsédés. Parfois, ils peuvent aller jusqu'à la stupeur complète.

Les délires oniriques représentent l'exagération de l'autre face de l'état mental des obsédés constituée par l'automatisme de l'idéation, le mentisme. Non seulement ces délires ont les caractères du rêve, mais ils peuvent eux-mêmes avoir leur origine dans un rêve et se présenter comme des rêves prolongés. Ils s'accompagnent toujours d'un certain degré de confusion mentale

L'obsession une fois acceptée par le sujet peut devenir l'origine d'interprétations variables et passer au délire systématisé. Le thème délirant est très variable ; les idées de persécution sont les plus fréquentes, expliquant en général une idée de contrainte qui peut aller jusqu'au délire de possession avec dédoublement de la personnalité.

A côté de ces cas, il en est d'autres moins caractérisés, constituant des faits de transition. Les obsessions qui paraissent le plus

susceptibles de subir ces transformations sont les obsessions dites intellectuelles et en particulier celles que l'on réunit sous le nom de maladies du doute. La maladie du doute elle-même mériterait peut-être déjà une place à part dans le cadre des obsessions. D'ailleurs, les éléments de pronostic ne doivent pas être tirés de la forme de l'obsession, mais du complexus symptomatique et de l'état mental sous-jacent dans chaque cas particulier : troubles de la synthèse mentale, plus ou moins complexes dans le domaine de la perception, de la mémoire, paramnésies, contraste psychique, illusions, pseudo-hallucinations, hallucinations sensorielles et motrices diverses ; fréquence des paroxysmes obsédants, intensité et durée des troubles émotionnels.

En terminant, M. Séglas indique le mécanisme qui préside à la transformation de l'obsession vers les différentes formes délirantes et dont l'origine dernière doit être recherchée suivant lui dans cette dissociation de la conscience personnelle, qui existe toujours en germe chez les obsédés, dans son obnubilation passagère et son asservissement plus ou moins durable.

*Désencombrement d'un asile d'aliénés français.*

M. Doutrebente. — Depuis vingt-deux ans, j'ai cherché à désencombrer l'asile de Blois par l'élimination progressive des aliénés de la Seine et par la construction des nouveaux bâtiments, dans lesquels nous installions, non pas des malades nouveaux, mais des malades extraits des services encombrés [1]. Nous avons aussi construit deux infirmeries, au rez-de-chaussée, en rendant impossible la construction d'un étage au-dessus. Nous construisons, en ce moment, un quartier, dit de traitement, en plein champ, pour les aigus et incurables. L'asile de Blois, qui avait à notre arrivée 565 malades, n'en contient plus aujourd'hui que 324, soit 239 en moins ; il est donc passé maintenant dans la catégorie *des petits asiles*, résultat que, systématiquement, nous voulions obtenir.

M. Bourneville. — On ne peut que féliciter M. Doutrebente de la tâche qu'il a entreprise et menée à bien. Elle est conforme aux véritables intérêts des malades. Les asiles encombrés sont malsains, et loin de favoriser la guérison ou l'amélioration des malades, il

[1] C'est là une recommandation que nous avons faite maintes fois à nos confrères afin qu'ils s'opposent à la construction de greniers pouvant donner l'idée d'en faire des dortoirs, soit pour les malades tranquilles, soit pour le personnel. On trouvera des renseignements à cet égard dans les procès-verbaux de la Commission de surveillance des asiles de la Seine.

aggrave leur état mental et les rend plus aptes à contracter des maladies intercurrentes, d'où une morbidité et une mortalité plus grandes.

L'une des causes de l'*encombrement* provient de ce que la plupart des asiles reçoivent des malades de plusieurs départements. Il faut donc que tous les départements aient leur asile spécial pour désencombrer les asiles actuels. Chaque asile public doit d'abord faire face aux besoins des malades de son département, les y recevoir facilement au début de l'aliénation. C'est ce qu'exigent la sécurité publique, l'intérêt des malades qui, traités vite et bien, ont plus de chances de guérisou, l'intérêt des finances départementales et municipales parce qu'il y aura moins d'incurables.

Les *constructions nouvelles* doivent être faites pour assister les malades, en plus grand nombre, grâce à l'alcoolisme, et non en vue de recevoir un plus grand nombre d'aliénés de la Seine, d'en tirer bénéfice puisque le prix de journée payé par ce département est notablement supérieur à celui qui est payé par le département. Ici, à Saint-Robert les premiers paient 1 fr. 50, les seconds 1 fr. Les constructions que font trop d'asiles pour héberger les malades de la Seine ont pour conséquence de rendre très défectueux les asiles dont les services généraux deviennent insuffisants. C'est là une spéculation que ne devrait pas tolérer l'administration supérieure. Elle devrait intervenir pour que tous les départements possèdent les asiles dont ils ont besoin. Les *transferts* des malades de la Seine, de Begord à Saint-Lizier, de Nancy à Pau, constituent une mesure barbare, et pour les malades et pour les familles. A tous les médecins qui sont ici de faire comprendre à leurs préfets, à leurs commissions de surveillance, à leurs conseils généraux, qu'il est de leur devoir d'imiter ce qu'a réalisé M. Doutrebente, à Blois, de rendre leurs asiles normaux.

*Les aliénés convalescents;* par le Dr Larrivé (de Meyzieux).

Au cours de sa dernière session, le conseil supérieur de l'Assistance publique s'est occupé de la question du retour des aliénés guéris à la vie libre, Il a adopté le texte du contre-projet de M. Lefèvre dont voici les termes.

« Dans les établissements destinés au traitement des aliénés, il doit être créé des quartiers de convalescents où les malades jouiront d'un régime spécial et d'une liberté spéciale réglés par le médecin. Les aliénés convalescents pourront bénéficier de sorties d'essai. »

Depuis longtemps nous avons reconnu l'utilité de cette mesure d'adoucissement au régime des aliénés améliorés. Les résultats obtenus sont des plus satisfaisants. C'est pourquoi notre établisse-

ment médical de Meyzieux (Isère) comporte non seulement un asile privé (maison légale) où 50 malades sont internés, mais surtout des sections distinctes pour convalescents des deux sexes. Cela nous permet de faire patienter malades et parents en donnant plus de liberté et de bien-être aux unes, et plus de satisfaction aux autres, sans que le traitement et l'isolement soient supprimés d'un seul coup.

A sa sortie de l'asile, le malade est hésitant, craintif; il a peur de rencontrer les personnes qui ont assisté aux premières manifestations de son affection mentale; le moindre bruit l'émotionne, un rien le contraire. Au contact des gens sensés, jouissant de faveur spéciale et d'une liberté relative mais suffisante, plus entouré parce qu'il est devenu lui-même plus raisonnable et plus confiant, ce même malade convalescent reprend la gaieté, revient à ses occupations favorites, et se trouve dans les conditions indispensables pour reprendre sans crainte sa place dans la société.

C'est à ce titre que nous jugeons de toute utilité la création de sections pour aliénés convalescents, sauvegardant en même temps, en cas de rechute, notre responsabilité de médecin par une sortie d'essai d'un mois environ avant de donner satisfaction complète au malade et à sa famille.

M. Doutrebente (de Blois). — Les sorties d'essai sont pratiquées en réalité depuis longtemps, soit que l'on rende à leur famille des améliorés avant guérison complète, soit que l'on fasse sortir des mélancoliques qui ne tirent aucun profit du séjour à l'asile, ainsi que le faisait déjà Esquirol. Il est désirable qu'il soit spécifié dans la loi que les directeurs d'asile seront toujours irresponsables des accidents causés par les aliénés mis en liberté avant guérison, mais il faut peu compter sur ce résultat tant que le pouvoir judiciaire n'interviendra pas aussi bien que dans le placement que dans la sortie des aliénés.

M. Bourneville. — La formule du Conseil supérieur est défectueuse. Au lieu de « sorties d'essais » c'est « congés d'essai » qu'il eut fallu dire. En outre, des congés d'une, deux, trois et quatre semaines, même renouvelables, sont accordés, dès maintenant, à certains malades tranquilles, d'où avantage pour les finances de l'asile. Dans notre service d'enfants de Bicêtre (et nous agissions de même quand nous avions les adultes), il a été accordé en 1901 :

| | |
|---|---|
| Permission de sortie d'un jour. . . . . | 169 |
| — — 2 jours. . . . | 142 |
| Congé de 3 jours . . . . . | 56 |
| — 4 — . . . . . | 2 |
| — 5 — . . . . . | 496 |
| — 8 — . . . . . | 35 |
| — 15 — . . . . . | 6 |
| — 1 mois . . . . . | 1 |

Nous procédons ainsi depuis 1880. Avant, lorsque nous avons remplacé M. Delasiauve à la Salpêtrière nous avons accordé des permissions de sortie aux épileptiques aliénés et aux idiots.

*Assistance et éducation des enfants anormaux*, par le Dr Larrivé.

Une question non moins intéressante et qui se rattache à celle de l'hospitalisation des aliénés, c'est l'*Assistance* et *l'éducation des enfants anormaux*. A part l'œuvre du Dr Bourneville à laquelle il a attaché son nom de philanthrope et de savant, rien n'a été fait ou à peu près. Et cependant, les résultats obtenus sont là, plus encore que partout ailleurs, pour décider l'Administration à créer des *Asiles-écoles interdépartementaux*.

C'est pour combler cette lacune dans la région lyonnaise que nous avons créé dans notre Etablissement une annexe médico-pédagogique pour les *anormaux peu fortunés*.

Une seule considération aurait pu nous faire reculer : la question financière. Nous n'avons pas hésité, car nous avons pensé que là où les pouvoirs publics, tenus en lisière par les exigences budgétaires, reculaient, il pouvait être permis à des particuliers n'engageant que leurs propres intérêts, de donner l'exemple et d'aller de l'avant.

Le succès a couronné nos efforts. L'Administration, timidement il est vrai, nous a accordé son appui. Nous ne pouvions avoir l'ambition d'être soutenus davantage avant d'avoir fait nos preuves. Deux conseils généraux, un conseil municipal nous ont envoyé des enfants, leurs pupilles; plusieurs familles nous ont honoré de la même marque de confiance. Tous n'ont eu qu'à se louer des bienfaits de l'éducation donnée à ces déshérités. C'est pour vulgariser l'assistance des anormaux que nous demandons aux membres du Congrès d'émettre, avec l'autorité qui leur appartient, le vœu suivant :

« Que les pouvoirs publics, Parlement, conseils généraux, conseils municipaux votent les crédits utiles pour la création d'asiles-écoles interdépartementaux;

« Que l'Assistance et l'Education soient rendues obligatoires pour les anormaux;

« Que, transitoirement, l'Etat, les départements et les communes inscrivent à leur budget les sommes nécessaires pour placer les anormaux peu fortunés dans les asiles-écoles privés, actuellement existants.

M. Bourneville. — Nous devons de suite remercier M. le Dr Larrivé de son appréciation bienveillante de la réforme que nous avons entreprise. Sa communication, ainsi que celle de M. le Dr Courjon

(de Meyzieux) au Congrès de 1901 de l'*Association française pour l'avancement des sciences*, apportent un appui important à la création, pour les enfants idiots et épileptiques, d'asiles-écoles interdépartementaux ou mieux départementaux, car il n'y a pas de département qui n'ait malheureusement au moins 3 ou 400 enfants idiots de toute catégorie et épileptiques. Les efforts tentés par le Dr Courjon et par lui méritent d'être encouragés. Aussi demandons-nous à nos collègues du Congrès de bien vouloir adopter les vœux qu'il leur soumet, conformes d'ailleurs, à l'un des articles du projet de loi portant revision de la loi du 30 juin 1838[1], conformes à ceux qu'ont voté sur nos Rapports le *Congrès international* d'assistance publique de 1889, le Congrès national de Lyon en 1894, etc., etc.

M. Larrivé insiste sur la possibilité d'améliorer, de guérir même un grand nombre d'enfants idiots, imbéciles, arriérés, instables, pervers. Les heureux résultats qu'il a enregistrés confirment les nôtres et, à l'appui, nous allons faire passer sous vos yeux, un certain nombre de photographies, prises de deux en deux ans, d'*enfants idiots complets* qui ont subi une transformation remarquable. Voici sur chacun d'eux des renseignements sommaires.

*Georg...* (Fernand), huit ans. — Atteint d'*imbécillité* avec *colères fréquentes* et manie de ronger les vêtements. Etait à son entrée dans l'impossibilité de lire ; il ne savait pas non plus écrire et avait peu de notions sur les choses usuelles. Son état s'est bien amélioré, les colères sont moins fréquentes et la manie de ronger a disparu. De notables progrès sont à signaler à la classe et, *aujourd'hui*, il lit couramment en se rendant bien compte de ce qu'il lit ; il écrit lisiblement, fait la dictée avec les grands, et commence à faire des problèmes sur l'addition et la soustraction. Il reproduit aussi quelques traits de dessin et y apporte un certain goût. — En résumé l'enfant se rapproche de plus en plus de l'état normal (4 photographies = 1897-1900).

*Gudef...* (Adélaïde), huit ans. Cet enfant, *à l'entrée*, était gâteux, ne marchait pas ; ne prononçait aucun mot. *Aujourd'hui*, le gâtisme a totalement disparu. L'enfant marche seul. Enfin il prononce tous les mots usuels et fait de petites phrases (4 photographies = 1896-1900).

*Lamr...* (Gaston), quatorze ans et demi, atteint d'*idiotie profonde* avec gâtisme, avait de l'écholalie, prononçait mal quelques mots : du *panpin* pour *pain*, à *barre* pour à *boire*, *minmin* pour *maman*. Aucune notion ; ne savait pas s'habiller, se déshabiller, se nettoyer, ne connaissait pas les parties de son corps, il montrait son nez pour sa tête, son pied pour sa main, etc.

[1] Rapport à la Chambre des députés en 1889.

*Actuellement*, il est propre, s'habille, se déshabille, se nettoie seul, mange proprement, se sert de la cuiller et de la fourchette, débarrasse le couvert au réfectoire et commence à laver la vaisselle. Répond bien aux questions qui lui sont posées et commence à tenir conversation (3 photographies = 1896-1900).

*Popel...* (André), sept ans et demi. *Idiotie profonde.* A l'entrée ne comprenait rien, ne marchait pas, avait même de la peine à se tenir dans le chariot ; était grand gâteux. Aujourd'hui il est propre, mange seul et dit papa, maman. Il marche seul depuis 1899. Son attention était très difficile à fixer ; maintenant si on l'appelle, il vient ; si on le gronde, il s'en va en pleurant (5 photographies = 1897-1901).

*Prov...* (Edmond), neuf ans. Est entré dans le service atteint d'*idiotie complète* avec gâtisme ; marche et parole nulles. *Aujourd'hui*, il parle, marche, s'habille et se déshabille seul ; il se rend utile aux travaux du ménage. Il écrit assez lisiblement, mais est lent à la lecture (5 photographies = 1894-1901).

Ces photographies vous montrent que nous avons choisi, pour notre démonstration, les *enfants les plus malades*. Si de tels enfants, comme vous pouvez le constater vous-mêmes sont améliorables, à plus forte raison le sont les enfants *imbéciles* ou simplement *arriérés*.

La loi sur l'*obligation de l'instruction primaire*, commande au Gouvernement, aux départements, aux communes, d'organiser des *asiles-écoles*, des *classes spéciales* suivant les cas, pour tous les anormaux et en particulier pour ceux qui nous occupent, les plus nombreux et souvent aussi les plus dangereux,

L'assistance, l'application du *Traitement médico-pédagogique*[1] doit être faite dès que l'on a remarqué les *premiers signes de l'idiotie*, au plus tard, à *deux ans*. Plus on temporise, plus le mal s'aggrave, plus la tâche du médecin et du pédagogue est dure. Nous rappellerons à ce propos ce que nous avons dit maintes fois Beaucoup de médecins, peu au courant des maladies nerveuses chroniques des enfants, sont fort embarrassés en face de tels cas : ne vous tourmentez pas, disent-ils aux parents. A sept ans, il y aura un changement : oui, mais en pire. L'amélioration ne venant point, les parents inquiets retournent auprès du médecin qui, de plus en plus embarrassé, fait espérer une amélioration à douze

[1] « M. Bourneville, dit M. Courjon (*loc. cit.*), a repris, perfectionné et mis en pratique la méthode de Séguin ; il a trouvé, pour caractériser les soins à donner aux idiots, l'expression de *traitement médico-pédagogique*. » Il en est de même de la dénomination *Institut médico-pédagogique*.

ans. Nul résultat alors, ou plutôt aggravation. La puberté arrive, des impulsions, des habitudes mauvaises compliquent l'état primitif. Ces retards ont diminué les chances d'amélioration et de guérison.

Nous nous bornerons à ces renseignements et à ces conseils pratiques, espérant que joints à ceux que nous avons donnés précédemment, ils contribueront à dissiper des préjugés fâcheux et à inspirer une confiance motivée à tous les médecins.

*Bacillus fluorescens putridus et diarrhée verte chez les aliénés.*

MM. E. Bodin et M. Dide (de Rennes) ont recueilli dans le service de M. Chardon 3 cas de diarrhée verte chez des aliénés, s'accompagnant de phénomènes généraux graves et dont deux se sont terminés par la mort ; dans ces 3 cas, ils trouvèrent un bacille chromogène facile à cultiver, donnant sur beaucoup de milieux nutritifs, mais notamment sur le sérum d'ascite, un pigment vert fluorescent. Ce bacille, identique chez les trois malades doit être confondu avec le Bacillus fluorescens putridus découvert et décrit par Flugge dans les eaux corrompues, et dans les matières en voie de putréfaction ; les faits cliniques et les recherches anatomo-pathologiques faites dans deux cas autorisent à affirmer que le Bacillus fluorescens putridus a joué un rôle important dans la genèse de ces diarrhées vertes, et dans les troubles dont elles se sont accompagnées.

Ces observations mettent donc en lumière un fait nouveau : c'est qu'un bacille chromogène, regardé jusqu'ici comme absolument inoffensif pour l'homme et pour les animaux, le Bacillus putridus, peut en certaines circonstances devenir pathogène et prendre une part importante dans l'étiologie des diarrhées vertes.

L'action de ce bacille peut s'expliquer par cette particularité que les malades étaient des épileptiques ou des aliénés atteints de lésions ou de troubles graves du système nerveux central ; or, l'influence du système nerveux sur l'état général de l'organisme ne saurait être contesté, et ses lésions placent ainsi les malades dans un état d'infériorité vitale et de moindre résistance manifestes.

L'expérimentation chez le cobaye a permis d'appuyer solidement cette manière de voir, car chez cet animal, dont l'immunité naturelle pour le Bacillus fluorescens putridus est très forte, les auteurs ont pu avec ce microbe déterminer une infection mortelle, en ayant soin, avant l'inoculation, de diminuer la résistance de l'animal par une injection de teinture d'opium qui paralyse momentanément l'action phagocytaire des cellules blanches.

*Les alcooliques récidivistes.*

MM. Legrain et Guiard. — Les récidivistes se recrutent dans deux catégories d'alcooliques : 1° les alcooliques simples, buveurs d'habitude, souvent sans tare héréditaire ni passé pathologique, qui font un accès de délire sous l'influence d'une cause occasionnelle et qui récidivent parce qu'on n'a pu les garder assez longtemps à l'asile pour modifier leur état mental de buveurs, pour leur faire perdre l'habitude de boire qu'ont créée en eux de longues années d'intempérance, et parce qu'ils retrouvent à leur sortie les mêmes causes provocatrices qui ont développé leurs habitudes et qui agissent de nouveau dans les mêmes conditions; 2° les psychopathes avec appoint alcoolique qui délirent sous l'influence d'une dose souvent minime d'alcool et qui présentent une tendance constante à la récidive en vertu de leurs défectuositée mentales. Les causes des récidives sont les mêmes que pour les malades de la première catégorie, mais ces psychopathes sont en général des récidivistes précoces et presque toujours dangereux.

Les alcooliques récidivistes atteignent la proportion de 25 p. 100 dans le service d'alcoolique de Ville-Evrard, sur une population de 300 malades. Coûteux pour la collectivité, ils sont encore un danger pour la sécurité publique, car ils récidivent souvent aussi devant les tribunaux.

Pour lutter contre le récidivisme, il faut : 1° traiter de bonne heure les buveurs, alors qu'il est temps encore de les guérir en modifiant leur mentalité, en relevant leur volonté ; c'est une œuvre morale et sociale ; 2° préparer une loi permettant d'interner à *temps*, dans certaines conditions, le buveur d'habitude, l'ivrogne considéré comme un être dangereux et comme un malade (traitement forcé des ivrognes) ; 3° modifier la loi sur l'ivresse publique afin de pouvoir interner à *temps* les délinquants récidivistes, et de substituer ainsi un traitement forcé à des pénalités intempestives ; 4° séquestrer et traiter de même les délinquants alcooliques récidivistes à leur première récidive ; 5° développer les sociétés de tempérance, les patronages pour buveurs, œuvre importante pour continuer et parfaire la guérison commencée à l'asile.

*Sur le traitement des buveurs par la suggestion hypnotique.*

Sous ce titre M. Bérillon fait une communication dont nous n'avons pas eu le résumé.

M. Régis. — Les alcooliques peuvent bénéficier de la suggestion hypnotique, a dit M. Bérillon. Je vais plus loin, et je dis que cette

efficacité de la suggestion hypnotique peut s'étendre à tous les troubles psychiques d'origine toxique, non seulement à ceux qui relèvent d'une exo-intoxication, comme l'alcoolisme et le morphinisme, mais encore à ceux qui proviennent d'une auto-intoxication ou d'une infection. Il y a une raison à cela, ainsi que je l'ai démontré. C'est que les troubles psychiques des intoxications sont identiques aux troubles psychiques de l'hystérie et constituent de véritables états seconds ou de somnambulisme.

On a pu m'objecter, en présence de cette identité, qu'il s'agissait là d'accidents hystériques. Mais il n'en est rien, car les malades n'avaient jamais présenté aucun stigmate d'hystérie et, chose curieuse, n'étaient hypnotisables que durant le temps de leur psychose toxique.

L'hypnotisme peut donc être utilisé, je le répète, non seulement contre les troubles psychiques de l'alcoolisme, mais aussi contre ceux de toutes les intoxications, quelles qu'elles soient. Il va sans dire que la prudence et la réserve les plus grandes doivent présider, comme toujours, à l'emploi de ce moyen thérapeutique.

---

## **Séance du 5 Août** (matin).

PRÉSIDENCE DE MM. RÉGIS ET MARIE.

Cette séance a eu lieu dans l'amphithéâtre de l'Ecole de médecine, mise gracieusement par son directeur, M. le professeur Bordier, a la disposition dn Congrès.

### LES AUTO-ACCUSATEURS AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL.

Rapport présenté par le Dr DUPRÉ.

Voici les conclusions qui terminent ce très intéressant rapport.

L'histoire des auto-accusateurs est actuellement assez riche en documents, d'ordre clinique et médico-légal, pour se prêter à une étude d'ensemble, d'un haut intérêt théorique et pratique pour le psychologue, le médecin et le magistrat.

Cette étude d'ensemble a été exposée en deux parties : la première, d'ordre clinique, est consacrée à la définition de l'idée et du délire d'auto-accusation ; à la conception et au classement nosologique du syndrome ; à l'énumération successive des divers états pathologiques au cours desquels il apparaît ; à l'analyse des circonstances étiologiques, du mécanisme pathogénique, des allures cliniques et évolutives qui, dans chacun de ces états morbides,

caractérisent l'idée d'auto-accusation. La seconde partie, d'ordre médico-légal, consacrée à l'exposition des conséquences pratiques, dans les domaines judiciaire et administratif, de l'idée d'auto-accusation, comprend l'étude de la situation de l'auto-accusateur vis-à-vis de la valeur probante de l'aveu dans les législations française et étrangère, et des conséquences des autodénonciations postérieures aux arrêts judicaires. Ce chapitre se termine par l'exposé de la conduite de l'expert vis-à-vis de l'autoaccusateur, et l'énoncé des conclusions statistiques médico-légales qui se dégagent de l'étude comparée des observations d'auto-accusateurs.

La partie étiologique et clinique, qui constitue l'indispensable introduction à l'histoire médico-légale du sujet, comprend l'étude analytique et descriptive, fondée sur l'étude des observations, des grands types d'auto-accusateurs, successivement considérés, selon leur origine étiologique, dans les états mélancoliques, dans la dégénérescence mentale, dans les psychoses toxiques, dans les états démentiels et dans les états névropsychopathiques.

Au début de cette étude s'impose une définition claire et précise du terme *auto-accusateur*. Dans le langage de la psychiatrie clinique, le terme auto-accusateur s'applique non seulement au sujet qui avoue avoir commis un crime déterminé, dont il relate, avec des détails circonstanciés, le lieu, l'heure et l'exécution, mais encore au malade qui porte sur lui-même un jugement défavorable, qui se déprécie, parle de sa déchéance physique et morale et exprime des idées générales d'incapacité, d'indignité, de culpabilité et de remords. Dans le langage de la psychiatrie médico-légale, le terme « auto-accusateur » a une signification beaucoup plus étroite : il s'applique seulement au sujet qui, délirant ou lucide, sincère ou menteur, halluciné ou raisonnant, mû par un sentiment pathologique ou par un mobile intéressé, *s'accuse* dans un *acte*, provoqué ou spontané, direct au indirect, verbal ou écrit, d'*autodénonciation vis à-vis des autorités administratives ou judiciaires*. Cette distinction entre les deux acceptions, médicale et juridique, du vocable auto-accusation, sur laquelle a judicieusement insisté Régis, établit nettement les rapports réciproques des deux domaines, clinique et médico-légal, de l'auto-accusation. L'histoire psychopathologique de l'auto-accusation, comprend en effet toutes les modalités du délire de culpabilité des mélancoliques, toutes les variétés des idées délirantes, obsédantes ou simplement vaniteuses impulsives, d'auto-accusation des dégénérés, tous les romans hallucinatoires et oniriques de criminalité imaginaire des alcooliques et des hystériques, toutes les conceptions épisodiques de même nature des déments; tandis que l'histoire médico-légale des auto-accusateurs étudie, parmi tous ces différents types, ceux qui franchissant les limites du délire platonique de culpabilité, ou même n'ayant

jamais été délirants, *passent à l'acte de l'autodénonciation*, en se déclarant les auteurs de délits ou de crimes dont ils doivent rendre compte à la justice. *En médecine légale, auto-accusation est donc synonyme d'autodénonciation.*

L'auto-accusation chez les mélancoliques procède, directement, des malaises cénesthésiques, de l'inhibition psychique et de la douleur morale qui constituent le substratum pathogénique du délire mélancolique. Ce délire, qui affecte d'abord la forme d'idées de culpabilité générale, diffuse, peut, en vertu du processus automatique, d'inférence logique et de déduction raisonnante, évoluer vers un délire de culpabilité précise, qui s'affirme nettement devant la conscience, dans la représentation claire d'une faute déterminée. Les éléments qui déterminent ainsi avec précision le crime commis sont empruntés soit à l'interprétation morbide de coïncidences extérieures, soit au souvenir et au grossissement hypertrophique de menues peccadilles passées, soit à la culture d'une idée fixe postonirique, soit à l'attribution personnelle, directe ou indirecte, de malheurs, de catastrophes ou de crimes, dont le mélancolique assume la responsabilité, lorsque, par un mécanisme variable, a pris corps dans l'espace et dans le temps, et s'est précisée dans son objet, l'idée d'une culpabilité déterminée, *le mélancolique de coupable devient auto-accusateur*. La plupart des mélancoliques auto-accusateurs, ne dépassant pas ce stade d'évolution délirante, restent ainsi platoniques dans leurs idées d'auto-accusation. Quelques-uns d'entre eux vont plus loin et de l'idée passent à l'acte. *D'auto-accusateurs platoniques ils deviennent autodénonciateurs* et entrent ainsi, par une intervention active auprès des autorités, de plain pied dans le domaine médico-légal du délire mélancolique d'auto-accusation. Cette évolution logique du mélancolique, de la culpabilité diffuse à la culpabilité précise ou auto-accusation, et de l'idée platonique d'auto-accusation à l'acte de l'autodénonciation, rappelle de loin l'évolution médico-légale du persécuté, qui passe ainsi de l'inquiétude vague à la persécution précise, et de l'idée inoffensive de persécution passive à l'acte justicier de la défense ou de la vengeance. Dans les deux cas, le passage de l'aliéné du domaine clinique au domaine médico-légal du délire, est marqué par l'acte social, qui apparaît comme le produit logique de la croyance du malade.

Cette évolution du délire mélancolique d'auto-accusation vers sa phase médico-légale, peut se résumer par les termes de la filiation chronologique suivante :

1° État alcoolique ; 2° délire de culpabilité diffuse ; 3° auto-accusation précise, mais passive et platonique ; 4° autodénonciation active.

Presque tous les mélancoliques réalisent le deuxième état ; beaucoup atteignent le troisième ; une infime minorité seulement arri-

vent jusqu'au quatrième terme. *Ceux-là seulement sont les auto-accusateurs médico-légaux.* Presque tous ces malades sont des femmes et la plupart s'accusent de crimes, surtout d'infanticides.

L'auto-accusation, chez les dégénérés, est extrêmement fréquente. Je l'étudie successivement dans la débilité et la déséquilibration mentales, au cours des obsessions, enfin dans les différentes variétés de paranoïas dégénératives. J'envisage ensuite les associations des autres facteurs étiologiques avec la dégénérescence mentale, dans la pathogénie de l'idée d'auto-accusation.

Les dégénérés inférieurs, débiles et déséquilibrés, constituent, dans la foule hétérogène des auto-accusateurs, une catégorie bien spéciale, riche en types divers et très curieux. Chacun d'eux, dans le roman criminel dont il s'improvise le héros, joue le rôle d'un personnage parfois troublant pour le magistrat instructeur, souvent énigmatique pour le psychologue, toujours intéressant pour le médecin.

A l'inverse des auto-accusateurs mélancoliques, qui sont délirants sincères, anxieux et repentants, les auto-accusateurs dégénérés sont presque toujours lucides, conscients, menteurs, indifférents ou glorieux. A l'inverse des mélancoliques qui ont tous, dans l'uniformité de leur délire, un air de famille, les dégénérés sont tous différents les uns des autres et offrent, dans leur auto-intoxication, la physionomie clinique la plus variable et la plus individuelle ; l'histoire de chacun d'eux est un roman toujours nouveau. Parmi ces dégénerés auto-accusateurs, on peut distinguer plusieurs types :

Les débiles intellectuels simples, se dénonçant sous la seule incitation d'une suggestion impulsive, à la suite d'une lecture, d'une conversation, d'un rêve : c'est l'auto-accusation par réflexe psychique élémentaire, sans racines ni relations associatives dans la mentalité, sans préparation comme sans portée.

Les débiles intellectuels vaniteux, se dénonçant par besoin de mensonge et surtout par appétit de gloriole, par vanité, par désir de se mettre en scène, de faire parler d'eux. Chez ces malades, le roman de l'auto-accusation est un peu plus solide et plus vraisemblable que chez les débiles précédents.

Les débiles moraux, égoïstes, mystificateurs et pervertis instinctifs, mettent au service de leurs mauvais appétits l'acte prémédité de l'autodénonciation mensongère et consciente : c'est ici un calcul intéressé, joint à l'appétit du mensonge et à l'imbécillité morale, qui échafaude un roman criminel imaginaire, dont l'auto-accusateur veut paraître le héros intéressant, pour en devenir indirectement le bénéficiaire intéressé.

Les obsédés peuvent présenter des idées obsédantes d'auto-accusation, consécutives elles-mêmes à des obsessions-impulsions criminelles. Le malade, douteur et anxieux, se demande s'il a réelle-

ment commis le crime dont il a cultivé l'idée, et arrive à se croire réellement coupable.

Les dégénérés paranoïaques qui formulent des idées d'auto-accusation sont les auto-accusateurs systématiques primitifs (Séglas) et les persécutés auto-accusateurs, étudiés surtout par Ballet, Séglas, Lalanne, chez qui s'associent les deux délires de persécution et d'auto-accusation : en pareil cas, les états de mélancolie, d'hypochondrie et d'obsession orientent et compliquent le processus psychopathique en cause. Ces auto-accusateurs délirants peuvent intéresser le médecin légiste par leurs tentatives de suicide, et leurs tendances aux automutilations et à la poursuite obstinée de l'intervention chirurgicale. En dehors de ces épisodes, ces dégénérés délirants auto-accusateurs n'ont pas d'intérêt médico-légal.

Chez tous les dégénérés auto-accusateurs, particulièrement chez certains persécutés auto-accusateurs alcooliques (Roubinowitch) et surtout chez les débiles et les déséquilibrés, les associations morbides les plus diverses (alcoolisme, hystérie, épilepsie, infections, surmenage, etc.) peuvent intervenir dans les moments étiologiques comme dans les modalités cliniques de l'auto-accusation. Le facteur étiologique le plus fréquemment surajouté est l'alcoolisme. L'appoint toxique pousse alors le débile à l'acte de l'autodénonciation, en excitant l'automatisme psychologique, en affaiblissant le pouvoir d'inhibition et en intervenant aussi, par l'intermédiaire du délire onirique, dans un procès morbide dont on entrevoit la complexité étiologique.

L'auto-accusation chez les alcooliques présente à cause de sa fréquence, de son mécanisme pathogénique et de son évolution clinique, le plus grand intérêt. On l'observe toujours chez des hommes adultes, intoxiqués d'assez longue date, sous l'influence d'un excès massif de boissons ou d'un surmenage récent, d'une infection ou d'une intoxication, éléments épisodiques surajoutés à l'alcoolisme chronique.

L'auto-accusation représente une des formes délirantes de l'ivresse psychique, qu'on observe parmi les prédisposés, chez les individus imaginatifs (P. Garnier).

D'origine hallucinatoire, de nature onirique, le délire évolue autour d'une idée fixe qui survit au rêve morbide (Régis) et qui évolue pendant quelques heures ou quelques jours, sur un fond d'amnésie, d'obnubilation et de confusion mentales, en imposant au malade la conviction qu'il vient de commettre un crime sanglant, sauvage, dont les éléments (victime, cadre de l'action, etc.) sont empruntés à sa vie ordinaire (meurtre d'une parente), à ses lectures (crime de l'actualité), à ses préoccupations (assassinat politique). Le drame onirique, saisissant de vie hallucinatoire et souvent de tragique horreur, détermine chez le malade les réactions les plus intéressantes dans leur sincérité et leur mimique.

La survie de l'idée fixe de culpabilité est presque toujours éphémère, et le délire d'auto-accusation d'origine toxique s'efface en quelques jours, à travers des phases oscillantes et irrégulières de conviction délirante et de lucidité consciente, au terme desquelles le malade se ressaisisit complètement.

L'auto-accusation des psychoses toxiques s'observe également chez les typhiques; dans les états d'inanition et dans certaines crises oniriques d'étiologie imprécise, mais certainement de nature toxique.

L'intérêt médico-légal de l'auto-accusation d'origine toxique se tire de la fréquence de ces situations pathologiques, où se pose le problème de la mesure à prendre vis-à-vis de l'autoaccusateur. Celui-ci, délirant transitoire, ne doit presque jamais être interné à l'asile : une courte période de mise en observation suffira le plus souvent pour juger cette crise psychopathique temporaire et curable, permettre la mise en liberté de l'auto-accusateur et épargner au malade les fâcheuses conséquences de l'internement.

L'auto-accusation chez les hystériques, extrêmement rare, relativement à l'hétéro-accusation, s'associe parfois à celle-ci dans un complexus d'autohétéro-accusation, visant des fautes d'ordre sexuel (attentats, adultères, etc.). Elle s'observe chez les femmes et peut entraîner de fâcheuses conséquences.

A propos de l'autoaccusation chez les hystériques, on doit, dans une histoire médico-légale des autoaccusateurs, accorder une mention rétrospective aux crimes imaginaires d'avortement, de viol, d'empoisonnement, de sodomie, d'inceste, d'adultère, etc., avoués spontanément et souvent sans l'intervention de la torture, par les sorcières et leurs complices, devant les tribunaux des grands procès de sorcellerie des XVe, XVIe et XVIIe siècles. Ces malheureuses et irresponsables victimes d'une époque ignorante et d'une procédure barbare, atteintes d'hystérie, de débilité mentale et des diverses formes démonopathiques du délire de possession, représentent une innombrable théorie d'autoaccusateurs, dont l'histoire médico-légale n'est qu'un long et instructif martyrologe.

L'autoaccusateur chez les épileptiques peut dériver des tentatives d'explication faites par le malade, au sortir de son accès, pour justifier le crime qu'il vient de commettre dans l'inconscience de son délire. L'autoaccusation épisodique chez certains déments n'a pas d'histoire médico-légale.

La situation créée vis-à-vis de lui-même et des autorités par l'autoaccusateur, au moment et par le fait de son aveu, varie beaucoup suivant le contenu de l'autoaccusation. A ce propos, la division très claire et très simple, proposée par Régis, des différentes situations médico-légales créées par les autoaccusateurs est un modèle de sériation pratique des faits, classés d'après leur impor-

tance judiciaire. Cette classification, qui embrasse sous ses quatre chefs toutes les éventualités possibles de l'autoaccusation, comprend les cas où un individu s'accuse : 1° d'un crime inexistant; 2° d'un crime réel, mais inimputable à l'autoaccusateur; 3° d'un crime réel et imputable à l'autoaccusateur; 4° d'un crime réellement commis par lui, mais grossi et aggravé par la déposition ou avoué sans sollicitation extérieure, sous des influences pathologiques, généralement d'ordre impulsif, parfois sous l'influence du remords.

Toute autoaccusation pose un double problème, l'un judiciaire, au magistrat instructeur, l'autre médical, à l'expert. Le premier problème, démonstration de la réalité ou de l'imputabilité du crime, se pose presque toujours avant le second : démonstration de l'état d'aliénation ou de non-aliénation de l'autoaccusateur.

Les conditions dans lesquelles se pose le problème judiciaire dépendent en partie du mode de l'autodénonciation, verbale ou écrite, adressée aux commissaires de police, aux gendarmes, au Parquet, etc. Ces conditions imposent souvent aux magistrats instructeurs l'hypothèse de la folie chez l'autoaccusateur. Celui-ci, élargi ou dirigé sur l'Infirmerie spéciale du Dépôt à Paris, est soumis, dans ce dernier cas, à l'examen d'un aliéniste, devant lequel alors se pose le problème médical de l'autoaccusation.

Dans d'autres cas, une enquête est ouverte et, avant l'intervention de l'expert, une instruction est commencée.

Cette enquête aboutit, suivant la conviction du juge d'instruction, à un non-lieu ou à une ordonnance de renvoi devant le tribunal compétent. L'expertise médico-légale peut ainsi intervenir aux trois phases de la procédure criminelle : celle de l'action de la police judiciaire, celle de l'enquête du juge d'instruction et, enfin, celle des opérations du tribunal. En l'absence de l'expertise médico-légale, le problème de l'auto-accusation reste dans le domaine judiciaire et peut comporter alors, suivant les différentes législations, des solutions juridiques intéressantes à considérer.

L'étendue de cette question comprend l'examen de la valeur probante et de l'évolution juridique et historique de l'aveu (système des preuves légales, des preuves morales d'intime conviction); l'examen des conséquences des auto-accusations postérieures aux arrêts judiciaires ; l'interprétation de la loi du 9 juin 1895, relative à l'introduction du fait nouveau, en matière de revision ; la notion de l'impossibilité de cette revision contre l'individu acquitté, au cas où celui-ci viendrait, auto-accusateur rétrospectif, se déclarer coupable du crime dont il a été innocenté.

L'étude comparée des législations étrangères montre d'intéressantes différences entre le Droit pénal et la procédure criminelle de certains pays (Angleterre, Allemagne, Espagne, etc.) et la loi française, relativement à la valeur probante de l'aveu.

La question de la pénalité que peut encourir, du fait de sa fausse

déclaration aux autorités, l'auto-accusateur, mérite d'être discutée.

La nécessité de l'expertise médico-légale, en présence d'un sujet qui se dénonce, ressort de la nature très souvent pathologique de l'auto-accusation, même lucide et véridique.

Le problème qui se pose à l'expert est celui du diagnostic de l'état mental de l'autoaccusateur, lequel se déduit, non pas des données de l'enquête administrative et judiciaire, mais de l'examen complet de l'autoaccusateur et de l'auto-accusation : celle-ci étudiée dans son contenu, son éclosion étiologique, son mécanisme pathogénique, son aspect clinique, son allure évolutive, ses concomitants psychiques et somatiques, etc. C'est à l'aide de tous ces éléments que l'expert déterminera le type pathologique de l'autoaccusateur. La réalité même des crimes révélés par l'auto-accusateur ne va pas contre la possibilité de la nature morbide de l'autoaccusation (Régis).

De l'étude critique et comparée des observations sur lesquelles repose ce rapport, ressortent quelques conclusions statistiques intéressantes. Les auto-accusateurs se recrutent, par ordre de fréquence, d'abord chez les alcooliques, ensuite chez les dégénérés; bien au-dessous de ces deux catégories psychiatriques, figurent les états mélancoliques, l'hystérie et, enfin, les états démentiels. L'association de ces différents processus concourt souvent à l'étiologie de l'autoaccusation.

Environ les deux tiers des autoaccusations portent sur des crimes inexistants, dont une courte enquête préliminaire démontre la nature imaginaire. Le dernier tiers se partage entre des crimes réels, mais le plus souvent impossibles à imputer à leurs prétendus auteurs. Une dernière catégorie de faits, sur laquelle a insisté Régis, vise les crimes réellement commis et avoués par les coupables, sous des influences ou dans des dépositions d'ordre pathologique.

L'étude des faits d'autoaccusation démontre que ceux-ci ont pu et peuvent encore entraîner de regrettables conséquences pratiques et judiciaires (condamnations injustes, longues préventions pendant de laborieuses enquêtes, actions en justice inutiles, etc.). Dans des cas exceptionnels: une autoaccusation légitime, commise sous l'influence du remords (obs. LV), peut provoquer, par la revision du procès, la réparation d'une erreur judiciaire. Si rares que soient, en fait, ces fâcheuses exceptions, elles suffisent à justifier, aux yeux du médecin et du magistrat, l'étude clinique et médico-légale des autoaccusateurs.

*Discussion.*

M. Motet. — Ce rapport est excellent à tous les égards, et cependant la question était très difficile à mettre au point. Il y a

une catégorie de faits, heureusement très peu nombreux, qui sont particulièrement délicats. Nous avons vu, avec M. Vallon, un ouvrier qui, sans avoir fait de l'auto-dénonciation à proprement parler, était cependant accusé d'un crime, en raison des propos qu'il avait tenus. Un de ses camarades avait disparu et il avait dit : on le retrouvera dans la Seine. La chose se vérifia. Arrêté à la suite de cette découverte, il ne se défendit pas, compromit au contraire son beau-frère, et passa aux assises. Là, il s'écria : « C'est tout de même embêtant d'être accusé d'une affaire qu'on n'a pas faite. » Cette négation surprit au point que l'affaire fut renvoyée à une autre session, et c'est alors que nous eûmes à examiner l'individu. C'était non un débile, au sens propre du mot, mais il avait l'intelligence débile : il y avait, en outre, un peu d'alcoolisme, en somme une responsabilité atténuée. Notre rapport, conçu dans ce sens, valut à cet individu une atténuation dans sa condamnation ; mais, à l'heure actuelle, je me demande toujours s'il n'y aurait pas eu peut-être, chez lui, de l'auto-accusation !

M. Régis. — Les obsédés peuvent être divisés, au point de vue de l'auto-accusation, en deux catégories : les uns, dont l'obsession se produit pendant la nuit, revivent leur rêve dans la journée et finissent par croire à leur propre culpabilité et à faire de l'auto-accusation ; les autres sont en proie, dans la journée, à une obsession vague, sans caractères bien définis ; ils doutent d'eux-mêmes, se demandent s'ils sont coupables ; mais ils ne franchissent pas cette étape et ne deviennent pas auto-accusateurs.

En dehors des individus atteints d'impulsions inconscientes, ceux qui éprouvent des impulsions conscientes peuvent devenir auto-accusateurs, pour éviter l'impulsion qu'ils sentent venir. C'est ainsi qu'un incendiaire s'est dénoncé, parce qu'il allait recommencer ses méfaits, si on ne le mettait pas en prison.

Il faut tenir compte, aussi, de certaines imaginations qui, à l'état de veille, construisent certains romans dont ils sont les héros, et qui, quand ils se ressaisissent, les laissent dans un état de doute. Les persécutés mélancoliques deviennent facilement auto-accusateurs ; en tout cas, ils se défendent mal et laisseraient volontiers croire à leur culpabilité quand ils sont accusés.

Il est d'une importance extrême, pour les magistrats, de bien connaître ce délire d'auto-accusation. Ils doivent, en présence d'un cas d'auto-dénonciation, songer à la folie et soumettre l'individu à un examen médico-légal ; sans cela, ils perdent le temps pendant lequel ils auraient pu mettre la main sur le vrai coupable.

M. Giraud. — J'ai observé une malade qui s'accusait d'avoir avorté à la suite de manœuvres pratiquées par une sage-femme dont elle donnait le nom. J'ai gardé à ce sujet le silence le plus absolu, et il me semble que ce doit être en pareil cas la conduite du médecin.

M. Legrain (de Ville-Evrard). — M. Dupré a bien mis en relief l'extrême importance de l'alcoolisme dans l'étiologie de l'auto-accusation. En voici un exemple : un homme, buveur d'habitude, qui n'était, du reste, nullement coupable comme l'enquête l'a prouvé, vint un jour s'accuser d'avoir allumé deux incendies : or, ces incendies avaient lieu au moment même où le malade se dénonçait, et c'était leur spectacle qui l'avait suggestionné et qui avait ébranlé son cerveau imprégné d'alcool au point de le décider à se livrer à la justice.

Voici maintenant un fait qui montre le rôle du subconscient dans le mécanisme de l'auto-accusation :

Il s'agit d'un débile mélancolique qui, au cours d'un premier accès de délire avec phénomènes aigus et confusion mentale, s'accuse d'avoir violé une petite fille, tandis qu'il n'avait fait que se livrer à quelques attouchements. Il guérit, proteste alors de son innocence. Plus tard, dans un autre accès de délire, la même auto-accusation réapparaît ; de nouveau le malade guérit et se déclare innocent. Il est probable que d'autres accès surgiront semblables aux deux premiers et que la même auto-accusation réapparaîtra chaque fois (délire à *éclipse*). L'intérêt de cette observation réside dans ce fait, d'abord que l'auto-accusation repose sur une faute réelle, mais singulièrement grossie ; ensuite que cet homme conserve indéfiniment la *subconscience* de son acte, et enfin que, dans l'intervalle des accès où l'acte reprend sa place dans le champ d'une conscience maladivement éveillée, le sujet perd le *souvenir* de l'acte.

M. Rey. — J'ai reçu dans mon service un individu qui s'était faussement accusé d'avoir assassiné son camarade. A l'asile il accusait ses voisins de toutes sortes de choses. C'est ainsi qu'il prétendit que l'un d'eux voulait m'assassiner et il me remit un énorme couteau qu'il prétendait avoir été apporté par la famille de cet individu. La chose était inexacte, mais il nous fut impossible de savoir où il s'était procuré le couteau. Il s'est évadé, a été repris, et d'hétéro-accusateur est redevenu auto-dénonciateur.

M. Vallon (de Paris). — Comme exemple de ces auto-dénonciations réalisées par certains débiles, plus ou moins alcooliques, auprès des commissaires de police, je puis citer le cas d'un individu qui, sans que le mobile de son acte ait jamais été bien éclairci, vint un jour s'accuser d'un attentat anarchiste (fabrication d'explosifs, complot contre le chef de l'Etat, etc.) complètement imaginaire.

Je rapprocherai de ce fait, à la vérité un peu banal, un cas d'auto-hétéro-accusation assez intéressant : il s'agit d'un homme qui déclara tout récemment à la justice qu'une vieille femme, d'ailleurs mendiante de son métier, étant morte dans la maison qu'il habitait, le concierge l'avait dépouillée de tout l'argent qu'elle possédait

et que lui-même avait reçu 100 francs pour se taire et garder le vol secret. Ce récit ayant éveillé des doutes sur l'état mental de cet individu, on le soumit à une expertise médico-légale qui est encore actuellement en cours ; mais, d'ores et déjà, l'enquête judiciaire a démontré que les faits racontés par l'inculpé étaient vrais. Cette observation prouve que, quelle que soit leur invraisemblance, les récits que font à la police ou aux magistrats certains débiles ou déséquilibrés ne doivent pas être rejetés *de plano*, et qu'une enquête sérieuse s'impose toujours à leur égard, en même temps qu'un examen médico-légal du dénonciateur.

M. Gilbert Ballet signale les auto-accusations récidivantes que l'on observe chez les dégénérés ; elles portent sur des objets multiples.

M. Obregia. — Bien que l'auto-accusation soit rare chez les mélancoliques, ainsi qu'a eu soin de le faire remarquer M. Dupré, j'ai eu l'occasion d'observer un fait appartenant à cette catégorie : il s'agit d'un homme, un peu débile congénitalement, qui, au cours d'un accès de mélancolie délirante, mit le feu à une maison dans le but probable de se donner la mort ; il avait allumé cet incendie sans prendre aucune précaution pour éviter qu'on ne l'en accusât, et lui-même, du reste, n'hésita pas à se dénoncer à la justice ; l'examen médical auquel le malade fut soumis démontra qu'il avait agi sous l'empire d'idées de culpabilité, afin d'expier les crimes dont il se croyait l'auteur.

J'ai observé également un cas d'auto-dénonciation chez un individu condamné à cinq ans de réclusion, qui, pour éviter d'accomplir sa peine, ne trouva rien de mieux que de se dire atteint d'épilepsie exclusivement nocturne et de s'accuser d'être l'auteur de tous les méfaits qui s'accomplissaient dans la prison. Je fus commis pour examiner ce malade et je ne tardai pas à acquérir la conviction que j'étais en présence d'un simulateur. Pour le démontrer, je m'appuyai surtout sur l'étude de la toxicité urinaire qui, pendant les deux mois où j'ai pris soin de la relever, s'est montrée constante, et toujours exempte des oscillations aujourd'hui bien connues qui se produisent avant et après les paroxysmes ; je remarquai, en outre, que tous les prétendus accès de cet individu se terminaient invariablement par une émission d'urine, ce qui constitue au moins une anomalie. Enfin, en le traitant, à son insu bien entendu, par le bromure de potassium à hautes doses, il n'a jamais accusé la moindre diminution dans le nombre des crises : celles-ci se reproduisaient régulièrement deux fois par nuit. Pour ces différentes raisons, je crus pouvoir conclure à la simulation. Plus tard, j'ai appris que le prisonnier n'avait joué cette comédie que sur les conseils de son avocat.

M. Vallon. — A mon avis, la recherche de la toxicité urinaire chez les épileptiques n'a pas fourni jusqu'ici des résultats assez nets

pour qu'on soit en droit de les faire figurer comme éléments de preuve dans les conclusions d'une expertise médico-légale.

*L'état du fond de l'œil chez les paralytiques généraux et ses lésions initiales.*

MM. Keraval et G. Raviart. — Les publications sur l'état du fond de l'œil chez les paralytiques généraux nous ayant paru manquer de précision, nous avons essayé de déterminer ce que l'on était en mesure d'établir par l'ophthalmoscope chez les malades de ce genre de l'asile.

Les recherches bibliographiques nous ayant convaincu que jusqu'à ce jour il n'avait été produit aucune image des lésions de la papille en rapport probable avec les modifications plus ou moins nettes de celle-ci, nous nous sommes en même temps tenus prêts à tout événement capable de favoriser nos recherches microscopiques. Effectivement, le plus récent travail sur le sujet est celui de Reznikow. Il est intitulé : « *Des modifications du champ visuel chez les paralytiques généraux*; » (*Obozrénié psichiatrii*, V. 1900.) On en trouvera l'analyse dans les *Archives de Neurologie*, t. XIII, 2e série, n° 78, juin 1902, p. 494. Après avoir exalté les avantages du campimètre, l'auteur russe décrit les altérations qu'il pense devoir exister et il fait appel à l'anatomie microscopique de l'avenir. Nous avions, à l'époque où nous avons commencé l'examen de la papille et du fond de l'œil, quatre-vingt-deux paralytiques généraux francs. Cinquante et un seulement étaient dans un état mental compatible avec ce genre d'examen. Nous les avons tous passés en revue avec le plus grand soin, de concert avec M. Caudron, interne du service, qui en a fait l'objet de sa thèse inaugurale à la Faculté de Lille, le 19 juillet dernier. Rappelons qu'il s'agit exclusivement d'hommes.

Tous ont largement absorbé les éléments nocifs auxquels on attribue généralement la genèse de la paralysie générale. Syphilis, alcoolisme, surmenage physique, dégénérescence. Ce sont des vaincus de la vie dans toute la force du terme.

De l'examen ophtalmoscopique, il ressort ce qui suit :

Quarante-deux paralytiques, sur les cinquante et un, présentaient des lésions du fond de l'œil; il n'y avait guère que ceux qui étaient en rémission qui n'en présentaient pas.

Chez sept malades, dont la paralysie générale avait déjà atteint une période avancée, on trouvait cinq atrophies papillaires blanches, une seule fois de l'atrophie grise, une sclérochoroïdite postérieure bilatérale sans myopie.

On rencontrait encore un état de la papille pâle, comme lavée, chez treize paralytiques.

On observait, également, un aspect flou d'un segment de la pa-

pille, soit externe, soit interne, soit supérieur, soit inférieur, avec bords indécis. Chez vingt-deux malades. ces deux aspects sont des états préliminaires de l'atrophie papillaire.

Chez les neuf paralytiques en rémission ou atteints d'une forme lente, à longue évolution, il a été impossible de trouver aucune lésion ophthalmoscopique.

Deux autopsies arrivées à point nous ont permis de corroborer l'examen ophthalmoscopique. Nous y avons trouvé, à des degrés différents, des altérations diffuses, non systématiques, intéressant : 1° la rétine ; 2° la papille : 3° le nerf optique. Ces nécropsies ont été pratiquées quinze jours après l'examen des yeux.

1° La *rétine* présentait des altérations de la couche des cellules nerveuses, caractérisées par une série de modifications : gonflement nucléaire, désintégration protoplasmique, etc., entraînant la destruction d'un certain nombre de ces éléments, altérations tout à fait semblables à celles qui frappent les cellules nerveuses de l'écorce ;

2° La *papille*, dont les fibres nerveuses étaient atrophiées dans un cas, était en outre envahie plus ou moins par des éléments proliférés des tissus conjonctif et névroglique, infiltration allant du degré le plus faible jusqu'à la sclérose. L'artère et la veine centrale présentaient, elles aussi, un épaississement variable de leur tunique externe.

3° Le *nerf optique* enfin était le siège d'une prolifération plus ou moins grande du tissu interstitiel : augmentation considérable du nombre de ces cellules névrogliques, épaississement des travées conjonctives et prolifération des cellules conjonctives de sa gaine piale.

Si l'on rapproche les résultats de l'examen histologique des données fournies par l'examen ophthalmoscopique, on trouve qu'à des lésions prononcées, cliniquement constatées, correspondaient des altérations avancées des éléments anatomiques, et qu'à des lesions à peine perceptibles à l'ophtalmoscope correspondaient des altérations moins avancées, mais déjà notables de ces mêmes éléments. On a affaire, dans les cas les moins avancés, dans ceux où la papille est flou, ou comme lavée, à une papillite et à une névrorétinite qui présente les mêmes caractères que la méningo-périencéphalite chronique diffuse, c'est-à-dire, en résumé, l'infiltration des éléments nobles de la papille et du nerf optique par du tissu conjonctif et névroglique proliféré. (Ce mémoire paraîtra *in extenso* avec les figures.)

*Les lésions histologiques de l'écorce dans les atrophies du cervelet.*

MM. Lannois et Paviot (de Lyon) rapportent 3 observ. d'atrophie du cervelet. Dans la 1re, il s'agissait d'un enfant qui avait présenté

le syndrome cérébelleux très accusé et à l'autopsie duquel on trouva une lepto-méningite généralisée avec un pseudo-kyste sous-cérébelleux et une atrophie qui semblait limitée à la face inférieure du cervelet, mais en réalité était diffuse. La seconde est une hémiatrophie du cervelet apparemment primitive, et la troisième enfin une hémiatrophie croisée consécutive à une sclérose cérébrale infantile.

Dans ces trois cas, la lésion a été trouvée identique. Sur une dentelure dont un des côtés a encore l'aspect sain, les cellules de Purkinje disparaissent brusquement en même temps que la couche des grains se raréfie, s'amincit peu à peu et disparaît à son tour en même temps que la couche moléculaire diminue considérablement de volume; la disparition des cellules de Purkinje paraît être le phénomène primordial.

Le fait important est qu'au moment où les cellules de Purkinje et les grains disparaissent, on voit s'isoler une couche de cellules ovales, pâles, à noyau formé de chromatine peu dense à 1-2 nucléoles fortement colorés. Les noyaux, beaucoup plus volumineux que les grains, forment une couche continue, assez dense à son centre, qui contourne les dentelures cérébelleuses comme un feston ininterrompu.

Cette couche, nouvellement apparue, est constituée par les grandes cellules étoilées de la couche des grains, cellules de relation ou du type II de Golgi, et est mise en évidence par la disparition de la couche des grains.

Il n'y a pas de différence histologique, que le cervelet paraisse atrophié primitivement ou secondairement. Le syndrome clinique cérébelleux en rapport avec cette atrophie ne doit donc pas toujours être considéré comme étant le représentant d'une lésion primitive du cervelet.

*Contribution à l'étude des localisations cancéreuses sur le système nerveux périphérique.*

MM. J. Oberthur et A. Mousseaux. — I. — Au cours de l'évolution des tumeurs épithéliales, et en particulier des carcinomes, le système nerveux périphérique est fréquemment atteint; il présentera tantôt des névrites et des polynévrites toxiques ou autotoxiques, tantôt des lésions dues à la compression et à l'envahissement.

II. — Les nerfs sont ordinairement très résistants à l'envahissement cancéreux. Cependant, selon leur texture, ils réagissent différemment au contact du néoplasme :

*a*) Les troncs volumineux, pourvus d'une gaine résistante, sont surtout refoulés et comprimés; ils peuvent ordinairement être séparés de la tumeur et ne sont pas pénétrés par elle : leur tissu

conjonctif s'hyperplasie à la périphérie comme dans l'intérieur des fascicules, repousse et enserre les tubes nerveux ; la myéline se fragmente et devient granuleuse, poussiéreuse ; les cylindraxes se tuméfient, deviennent vacuolaires, moniliformes et disparaissent : le processus dégénératif, d'abord limité à la myéline et à la région périaxile, ne tarde pas à atteindre le cylindraxe lui-même. Cependant, un certain nombre de filets nerveux sont généralement respectés. Finalement les petites branches de ces troncs nerveux peuvent être réduites à des tractus fibreux méconnaissables.

*b*) Les nerfs de texture plus délicate (nerfs crâniens et racines rachidiennes) se laissent envahir plus facilement par les éléments cancéreux, de même type que ceux de la tumeur primitive. Ces éléments s'infiltrent et prolifèrent dans les espaces conjonctifs du tissu interfasciculaire, de la gaine lamelleuse, et du tissu intrafasciculaire, ou, d'autres fois, y sont apportés par les capillaires sanguins ; les tubes nerveux sont refoulés ou comprimés, la myéline fragmentée, le cylindraxe altéré ou détruit ; mais, en outre, les gaines de Schwann sont souvent pénétrées, probablement au voisinage des étranglements annulaires : les cellules s'y groupent en collerette autour du cylindraxe qui est hypertrophié, œdémateux, vacuolaire, déformé, et se laisse même parfois pénétrer ; ou bien, elles remplissent complètement cette gaine, et il n'y a plus vestige du cylindraxe.

La dégénérescence wallérienne est de règle au-dessous du point envahi. Au-dessus, on note de la dégénérescence rétrograde, et la réaction à distance des cellules d'origine.

Enfin les éléments cancéreux peuvent fuser à une grande distance dans l'intérieur du nerf, comme dans une gaine lymphatique, et parfois créer plus loin un nouveau foyer métastatique.

*c*) Les petits filets nerveux, n'opposant en général aucune résistance, sont ordinairement sectionnés à leur point de pénétration dans la tumeur.

*d*) Dans les ganglions nerveux, les amas épithéliaux envahissent le stroma conjonctif du ganglion, se groupent dans les fentes conjonctives, et presque toujours arrivent à tapisser l'endothélium des capsules des cellules ganglionnaires. Celles-ci peuvent résister fort longtemps, bien qu'entourées de tous côtés par les éléments néoplasiques ; on y remarque seulement un certain degré de chromatolyse et d'atrophie. C'est seulement à un degré plus avancé qu'elles disparaissent, soit par atrophie, soit par complet envahissement. Malgré un envahissement considérable du ganglion, un certain nombre de tubes nerveux y conservent leur myéline.

III. — Le *cancer rachidien* semble ne pas débuter toujours par le corps des vertèbres.

Dans certains cas, l'invasion peut se faire au niveau des trous de

conjugaison par l'intermédiaire des plexus veineux rachidiens et surtout du système lymphatique ; dans ces cas, il y a toujours au niveau de la région rachidienne envahie, soit un cancer viscéral primitif, soit des masses ganglionnaires prévertébrales, accompagnés de lymphangites ou de phlébites cancéreuses. Les racines rachidiennes et les ganglions nerveux intervertébraux sont alors les premiers atteints, et pénétrés par les éléments cancéreux, la dure-mère se laisse facilement traverser, et la pachyméningite interne, l'examen du liquide céphalo-rachidien permettrait-il d'y déceler les éléments cancéreux.

La pénétration du cancer par les trous de conjugaison explique plus facilement que l'affaissement tardif des vertèbres la précocité de certains phénomènes cliniques, en particulier l'intensité des douleurs qui précèdent souvent pendant longtemps l'apparition des autres symptômes ; l'envahissement des racines postérieures par les éléments cancéreux est un facteur important de cette si grande intensité. Cette localisation primitive explique aussi le début par des syndromes radiculaires.

En résumé, dans les métastases cancéreuses vertébro-spinales, à côté de la *forme primitivement osseuse* classique, il faut faire place à une *forme radiculo-méningée*.

IV. — Les altérations intéressant un *groupement radiculaire* (plexus brachial, plexus lombo-sacré) se traduisent par les différents syndromes résultant des altérations de ces plexus. Ces syndromes ne sont nettement décrits que pour le plexus brachial. Ils se rencontrent d'ailleurs rarement à l'état de pureté ; presque toujours ils sont incomplets ou surtout diversement associés par suite de la diffusion des lésions. De plus, les troubles moteurs sont en général moins marqués que les troubles sensitifs par suite de la résistance des troncs nerveux et de la persistance d'un certain nombre de cylindraxes. Les *névrites isolées* des nerfs rachidiens sont rares.

Enfin, on peut observer, au cours de la carcinose miliaire aiguë, l'altération destructive d'*un grand nombre de terminaisons nerveuses* à leur pénétration dans les nodules cancéreux ; il en résulte un syndrome polynévritique très douloureux, bien distinct anatomiquement et cliniquement des polynévrites cancéreuses d'ordre toxique.

V. — Les *nerfs craniens* peuvent être atteints dans l'intérieur du crâne ou au dehors. A la partie antérieure de la base du crâne, les lésions cancéreuses sont le plus souvent primitives (sinus maxillaire, sinus sphénoïdal, corps pituitaire) ; elles atteignent l'appareil de la vision en simulant une tumeur cérébrale ou orbitaire. Les véritables métastases cancéreuses siègent au niveau du rocher et dans son voisinage immédiat, sans doute à cause des nombreux

orifices vasculaires et sans doute ainsi apportées par les gaines lymphatiques périvasculaires ; elles englobent un plus ou moins grand nombre de nerfs donnant ainsi naissance à des tableaux cliniques très variables. Le début de ces névrites est le plus souvent *apoplectiforme*.

En dehors du crâne, les nerfs peuvent être atteints par les néoplasmes des régions et des organes qu'ils traversent ou auxquels ils se distribuent. Le pneumogastrique et le récurrent sont particulièrement exposés, en raison de leur long trajet intrathoracique et de leurs connexions avec des organes souvent cancéreux.

VI. — Quant aux altérations du *système sympathique*, elles sont encore peu connues.

*Contribution à l'étude du gliome des centres nerveux.*

M. J. Oberthur. — Nous avons pu examiner au laboratoire de la Clinique Charcot sept cas de gliome des centres nerveux. Trois d'entre eux avaient envahi la substance blanche centrale d'un des hémisphères. Deux avaient également détruit la substance grise des circonvolutions, un autre avait envahi et complètement détruit un hémisphère cérébelleux, un autre enfin poussait ses prolongements de la protubérance vers le bulbe et faisait une irruption sous les méninges. — La plupart des malades porteurs de ces tumeurs ont d'ailleurs pu être suivis un temps plus ou moins long dans le service.

De cette étude faite, comparativement d'ailleurs, avec des cas de glioses développées autour d'autres productions telles que tubercules, avec des cas d'encéphalites scléreuses, avec des cas de scléroses tubéreuses hypertrophiques obligeamment mises à ma disposition par M. Philippe, cas qui avaient fait l'objet d'une étude spéciale avec le Dr Hudovernig, nous avons pu en faisant appel aux techniques variées, principalement aux colorations électives de la névroglie, tirer quelques conclusions en vue d'éclairer l'histoire anatomique de cette variété de tumeurs.

Les techniques ordinaires ont été employées, hématoxyline, carmin en masse (Weigert-Pal, Nissl), mais, en outre, nous avons eu tout spécialement recours à la méthode élective de Weigert, modifiée si heureusement par Anglade, qui nous a donné des résultats bien plus intéressants sur des frottis ou sur des dissociations pratiquées à l'état frais que sur des coupes.

Le carmin en masse avec la même méthode des dissociations nous a donné également de très bons résultats.

Au point de vue macroscopique, les gliomes ont un aspect tout à fait particulier qui permet de les distinguer déjà à première vue de toutes les autres tumeurs. Ils sont toujours franchement translucides, sauf dans leurs portions dégénérées, leur coloration

est rosée ou gris jaunâtre, leur consistance souvent très diffluente, voire même gélatineuse, jamais ils ne sont encéphaloïdes. — Un grand nombre de fins vaisseaux les parcourent donnant lieu quelquefois à des suffusions hémorrhagiques centrales. La tumeur, bien qu'elle *ne soit jamais énucléable*, possède quelquefois des limites constituées par une pseudo-paroi de névroglie plus dense. Au dehors de cette paroi, la gliose infiltrée est semblable à celle qui entoure tous les corps étrangers du cerveau et nullement d'aspect néoplasique. D'ailleurs, la substance nerveuse avoisinante est plutôt lentement refoulée que détruite, ce qui est bien d'accord avec la tolérance relative que l'on observe quelquefois avec de volumineuses tumeurs. Dans un cas, par exemple, évoluant depuis trois années, où le néoplasme avait atteint le volume d'un poing d'adulte, les seuls symptômes avaient consisté en céphalées avec névrite optique et amaurose ne permettant aucune localisation.

Il est vrai que dans trois autres cas la tumeur avait une marche bien plus envahissante et destructive.

Les éléments essentiels sont toujours des cellules à petits noyaux ovalaires ou arrondis, entourés d'un protoplasma variable en étendue selon le type de la tumeur, mais émettant toujours un chevelu de fibres extrêmement fines qui circonscrivent de petites alvéoles remplies de sérosité, véritable tissu spongieux. Dans les cas habituels, il n'y a pas d'éléments nerveux au sein de la masse et les corps granuleux peu abondants ne se trouvent que dans les zones périphériques. S'il s'agit de cas très envahissants, le tableau est tout différent.

Les vaisseaux sont souvent formés d'une seule couche d'apparence endothéliale, sertis de quelques fibres fines, ayant toutes les réactions histochimiques de la névroglie; d'autres fois, ils sont plus épais, plus abondants, leurs parois formées de plusieurs couches de cellules arrondies qui peuvent subir des dégénérescences *hyalines* rappelant ce qui se passe au sein des formations vasculaires des sarcomes. En outre de cette dégénérescence *vitreuse*, la substance fondamentale des gliomes subit des modifications granulo-graisseuses et quelquefois aussi une véritable caséification. Jamais il ne nous a été donné de constater de proliférations conjonctives au sein de ces néoplasmes.

Tout ce que nous avons vu, d'ailleurs, concorde à nous faire adopter la manière de voir des auteurs allemands (Briens, Strobe, Gowers), fermement soutenue en France par Klippel. Comme eux, nous estimons que le terme de *glio-sarcome* doit être rejeté. Nous avons étudié dans une autre communication avec MM. Philippe et Cestan, une forme peu connue de sarcome, le *sarcome solitaire envahissant* des centres nerveux qui semble réunir la plus grande partie des cas ainsi faussement interprétés.

Si l'alliance des deux tissus mésodermique et ectodermique semble être dans ces formations néoplasiques exceptionnelle, il n'en est pas moins vrai que comme toutes les tumeurs le gliomé peut parfois envahir des tissus étrangers et se substituer à eux, comme nous l'avons vu dans un de nos cas ou une véritable gliomatose méningée a été observée.

Une question enfin a sollicité notre attention, à savoir la participation à de telles tumeurs des éléments nobles par excellence du système nerveux, c'est-à-dire les cellules nerveuses. Maintes fois, nous avons rencontré de ces grands éléments arrondis à noyaux clairs, à prolongements souvent énormes, réunis en véritables foyers dans la paroi de nos gliomes et principalement au voisinage des vaisseaux. Ce sont eux presque toujours, et les figures, de même que les descriptions publiées, ne permettent aucun doute à cet égard, que les auteurs ont décrits comme *neurogliomes ganglionnaires* (Klebs), comme *gliomes neuroformatifs* (Renaut).

Non seulement une étude attentive nous a permis d'affirmer qu'il n'existait aucune parenté d'origine entre ces cellules et les cellules nerveuses, mais encore qu'elles n'étaient nullement caractéristiques des néoplasmes. On les rencontre surtout dans la paroi et même à une certaine distance du gliome, on les rencontre également au voisinage des sarcomes. Bien plus, nous les avons observés en grand nombre au voisinage de métastases carcinomateuses de l'écorce, dans un cas fort intéressant mis à notre disposition par M. P. Marie ; pareillement, nous les avons vus au voisinage de tubercules. Riche et de Gothard en on décrit de fort riches formations au pourtour d'un kyste hydatique du cerveau. Ces éléments sont loin d'être exceptionnels dans les scléroses cérébrales atrophiques, et même dans certaines formes de paralysie générale. Enfin dans les scléroses tubéreuses hypertrophiques, si bien étudiées par Bourneville et Brissaud, et qu'avec ces auteurs nous considérons comme des lésions d'inflammations chroniques, ces productions cellulaires constituent des foyers considérables.

Sous certaines influences, nous les voyons subir des dégénérescences caractérisées par la perte de leurs prolongements, la vacuolisation de leur protoplasma et sa transformation granulo-graisseuse; nous avons pu en suivre toutes les étapes; la dernière est la forme arrondie qui les fait se confondre avec les corps granuleux dont ils semblent, à un moment donné de leur évolution, former une variété particulière.

En somme, ce sont de pures modifications névrogliques liées à des processus d'inflammation chronique banale.

Il ne faudrait pas par un véritable abus de langage donner l'appellation de gliome à toute prolifération névroglique, la plupart des auteurs partagent à cet égard notre avis en ce qui concerne la production glieuse de la syringomyélie.

Les formations glieuses, même très prolifératives, observées autour des tubercules pouvant donner lieu à de véritables encéphalites glieuses comme dans un cas étudié par nous et dans un cas très analogue de Kazowsky, ne méritent pas le nom de gliomes. De même les transformations scléreuses des circonvolutions post-inflammatoires ou post-traumatiques, où, malgré la disparition des éléments nobles, persistent la forme et la charpente antérieure de la région, doivent être considérées comme liées à des phénomènes encéphalitiques un peu particuliers, il est vrai, mais non comme des néoplasmes.

*Sarcomes et sarcomatoses du système nerveux.*

CLASSIFICATION. ETUDE CLINIQUE ET ANATOMO-PATHOLOGIQUES
COUPES ET DESSINS HISTOLOGIQUES

MM. PHILIPPE, CESTAN et OBERTHUR. — Nous avons pu recueillir dans le service de notre maître, le professeur Raymond, quinze observations avec autopsies, se rapportant à la plupart des variétés de sarcomes. L'étude détaillée de ces cas et leur comparaison avec les autres observations publiées en assez grand nombre ces dernières années, principalement dans la littérature allemande, nous autorisent à admettre l'existence de plusieurs *formes anatomo-cliniques* parmi les sarcomes primitifs du système nerveux. Suivant l'exemple donné par Westphal, Schlesinger, Bruns, etc., nous croyons pouvoir proposer, à la place de la classification purement histologique adoptée par les auteurs français. une classification qui a l'avantage d'être basée à la fois sur les caractères cliniques et sur les lésions anatomiques de ces tumeurs. Cette classification distingue : 1° *les sarcomes solitaires* (sarcomes solitaires des méninges; sarcomes solitaires des centres nerveux); 2° *les sarcomes multiples*, pour lesquels nous préférons la dénomination de sarcomatoses, afin de bien spécifier qu'il s'agit de tumeurs dont la puissance de généralisation est très grande au point d'envahir, dans certains cas, la totalité du système nerveux central et périphérique à la façon d'une véritable maladie néoplasique. Dans ce groupe, très important en pathologie nerveuse, les deux formes qui méritent d'être individualisées sont : d'une part, *la méningite sarcomateuse*, d'autre part, la *neurofibrosarcomatose*.

I. SARCOMES SOLITAIRES. — A. *Sarcomes solitaires des méninges.* — Les sarcomes solitaires des méninges sont les plus fréquents et les mieux connus. Tumeurs localisées, à structure fibro-plastique, à évolution lente, elles se développent au niveau des méninges cérébrales ou médullaires. Leurs processus dégénératifs sont très variés (dégénérescence muqueuse, myxomateuse, kystique; nécrose plus rarement; formations angiomateuses). Insistons sur

une dégénérescence spéciale, développée aux dépens de tous les éléments de la tumeur, principalement dans le voisinage des vaisseaux et aux centres des tourbillons fibro-plastiques : dégénérescence caractérisée par l'homogénéisation des tissus avec réaction colorante élective en présence des couleurs acides, l'éosine en particulier (dégénérescence acidophile). Cette dégénérescence aboutit fréquemment, dans ses portions centrales, à la formation de concrétions dont les aspects et les réactions colorantes nous paraissent devoir être identifiés avec ceux des grains psammomateux (Virchow), ou angiolithiques (Cornil et Ranvier).

Quant à l'action exercée par les sarcomes solitaires des méninges sur le tissu nerveux, la lésion la plus fréquente, bien connue, relève de la *compression lente* produite par le néoplasme suivant un mécanisme facile à concevoir. Mais nous tenons à insister sur l'extrême lenteur avec laquelle cette lésion parait évoluer dans la plupart des cas. En effet, quand on examine les coupes de la moelle ou des circonvolutions cérébrales immédiatement adjacentes à la tumeur, on voit les tubes nerveux tassés, étirés, se démyéliniser par petits îlots, mais conserver longtemps leurs cylindraxes. Cette persistance des cylindraxes, qui contraste avec la démyélinisation rapide des tubes nerveux, est intéressante à souligner, puisqu'elle permet de concevoir avec quelle rapidité se ferait la restauration des tubes nerveux, si l'agent compressif pouvait être enlevé par le fait d'une intervention chirurgicale assez précoce. Mais les sarcomes solitaires des méninges peuvent exercer sur le tissu nerveux voisin une autre action que celle de la compression lente. Ainsi, dans l'un de nos cas, avec tumeur fibro-plastique développée à la hauteur du renflement cervical, la moelle présentait, au-dessus et au-dessous des lésions habituelles de la compression lente, un volume tellement exagéré qu'elle paraissait avoir doublé ses dimensions dans tous les sens. A ce niveau, le microscope montra une végétation considérable de la névroglie avec état vésiculeux des gaines de myéline, gonflement des cylindraxes, dilatation des gaines périvasculaires. Or, comme dans ce cas la masse sarcomateuse avait gagné les trous de conjugaison, amenant ainsi une certaine gêne dans la circulation médullaire, les lésions précédentes doivent être attribuées, au moins pour une part, à la stase sanguine; mais il est bien probable que les poisons produits dans la tumeur assez végétante ont également pu jouer un certain rôle, suivant le mécanisme pathogénique récemment soutenu par MM. Dupré et Devaux à propos d'un cas d'endothéliome des méninges cérébrales.

Un dernier point à souligner, et que Bruns a bien mis en lumière, c'est l'inaptitude du sarcome solitaire des méninges à envahir le tissu nerveux voisin, quelle que soit sa durée. Ainsi, il pourra subir la transformation calcaire, même osseuse, mais il continuera

à évoluer sur place, se contentant de comprimer le segment de moelle adjacent ou la circonvolution cérébrale avoisinante, mais sans les envahir à proprement parler. Cette tendance à la fibrose et à l'enkystement que présente le sarcome solitaire des méninges explique bien sa physionomie clinique, faite avant tout des symptômes de la compression lente sur lesquels nous n'avons pas à insister; elle justifie pleinement l'intervention chirurgicale qui, en cas de diagnostic précoce, peut amener une guérison complète et définitive.

B. — *Sarcomes solitaires des centres nerveux.* — Cette forme est rare. Nous avons pu en observer 4 cas ; trois s'étaient développés en pleine masse blanche des hémisphères cérébraux ; le quatrième avait détruit le centre ovale du cervelet. Macroscopiquement, tumeurs sans limites nettes, de coloration gris-rosé, de consistance mollasse ; elles rappellent les néoplasmes dits encéphaloïdes. Notre sarcome du cervelet était formé par des amas de petites cellules rondes bien tassées, sans réticulum. Les trois autres, qui présentaient une structure à peu près identique, étaient caractérisés avant tout par des végétations cellulaires très intenses et polymorphes (cellules rondes ; cellules fusiformes ; principalement, grandes lames protoplasmiques multinucléées, sorte de myéloplaxes). Cliniquement, dans nos observations, ces sarcomes solitaires des centres nerveux avaient débuté, au moins apparemment, d'une façon brusque (ictus apoplectique, crises d'épilepsie jaksonnienne ; hémiplégie flasque persistante). Leur évolution symptomatique générale rappela plutôt celle d'une encéphalite diffuse ou d'un vaste foyer de ramollissement. En résumé, ces tumeurs constituent, anatomiquement et cliniquement, des *sarcomes envahissants*, *sarcomes malins* des centres nerveux.

Certains auteurs, s'appuyant sur les figures cellulaires de ces tumeurs, dont quelques-unes rappellent l'aspect étoilé des cellules névrogliques enflammées, ont dénommé le sarcome solitaire du cerveau un *glio-sarcome*. Dans nos cas, nous n'avons pu découvrir aucun fait histologique qui parût justifier cette dénomination ; en effet, par toutes les méthodes de coloration employées, y compris la glio-méthode de Weigert, nous avons toujours rencontré un tissu uniquement sarcomateux, sans mélange d'éléments névrogliques, fibres ou cellules. Nous pensons donc avec Klippel que le glio-sarcome des auteurs n'est en réalité qu'un sarcome très végétant, dont les formations cellulaires, excessivement variées, peuvent simuler plus ou moins certaines proliférations névrogliques de nature gliomateuse ; et nous ne croyons guère à une association des deux tumeurs, au moins si l'on s'en rapporte aux observations peu nombreuses qui ont été publiées.

Ainsi, il convient d'opposer la structure histologique et l'évolu-

tion du sarcome solitaire des méninges à celles du sarcome solitaire des centres nerveux. Pour le premier : structure essentiellement fibro-plastique ; évolution lente ; destruction modérée et toute locale du tissu nerveux ; tumeur non envahissante, avec tendance marquée à l'enkystement, peut-être même à la curabilité spontanée par suite des progrès de la dégénérescence acidophile avec transformation calcaire. Pour le second : structure embryonnaire, tissu très végétant, avec cellules polymorphes et myéloplaxes, évolution rapide, tumeur vite envahissante, toujours extensive jusqu'à amener la destruction de la presque totalité d'un hémisphère cérébral ou du cervelet, comme dans nos cas.

II. Sarcomes multiples ou sarcomatoses. — *A. Méningite sarcomateuse.* — Nous avons pu observer un cas de sarcomes multiples, dans lequel l'évolution symptomatique, assez longue, avait été celle d'une méningite basilaire (troubles cérébelleux ; paralysie faciale périphérique ; ophtalmoplégies, troubles vaso-moteurs du côté de la face, kératite neuro-paralytique, etc.) — L'autopsie montra, à côté d'un sarcome assez volumineux de la région du cervelet, des *plaques de méningite néoplasique*, qui recouvraient tout le lobe temporal et le lobule orbitaire à droite. Histologiquement, c'était du sarcome fibro-plastique partout ; la méningite s'était propagée à l'écorce des circonvolutions temporales, en poussant une série de prolongements qui avaient bouleversé l'architecture normale de la substance grise.

Ce cas, rapproché des quelques observations empruntées, à la littérature (Westphal, Schlésinger, Schroder, Bruns, P. Lereboullet, Nonne Schlagenhauser) permet de décrire en clinique et en anatomie pathologique, une véritable *méningite sarcomateuse*, tantôt localisée, tantôt généralisée et étendue à toute la hauteur des méninges cérébro-spinales. Ainsi le diagnostic se pose, suivant les cas, avec les méningites basilaires, la méningite tuberculeuse en particulier, et avec toutes les méningites cérébro-spinales. Il convient de signaler toute l'utilité du cytodiagnostic, comme le démontre l'observation, avec autopsie, publiée par P. Lereboullet.

*B. Neuro fibro-sarcomatose.* — Il existe dans la littérature plusieurs observations avec autopsies, qui montrent des *tumeurs multiples* envahissant tout le système nerveux central sous la forme de noyaux isolés, plus ou moins volumineux (méninges cérébrales et médullaires ; racines rachidiennes, en particulier celles de la queue de cheval, nerfs crâniens, moelle, écorce). Ces observations ont été interprétées de façons très différentes.

Pour notre part, nous avons eu à examiner deux cas de ces tumeurs multiples du système nerveux central, et toujours, dans tous les noyaux, nous avons pu constater une structure nettement sarcomateuse. En rapprochant nos constatations des descriptions

cliniques et histologiques retrouvées dans la littérature, nous nous croyons autorisés à réunir toutes ces observations, les deux nôtres et celles déjà publiées, pour en faire un *type à part de sarcomatose*, type qui nous paraît être suffisamment individualisé au point de vue symptomatique et anatomo-pathologique. En outre, comme dans nos deux cas, nous avons retrouvé sur le système nerveux périphérique (plexus brachial, nerfs cubital, médian, etc.) des noyaux également sarcomateux, quoique de structure un peu spéciale, nous avons affaire, en réalité, à une sarcomatose de tout le système nerveux central ou périphérique. Enfin, comme nous le verrons plus loin, il existe quelques points de contact entre la maladie de Recklinghausen ou neuro-fibromatose et ces sarcomes multiples. L'ensemble de ces faits justifie, croyons-nous, la dénomination de « *neurofibrosarcomatose multiple* » que nous proposons pour cette affection néoplasique, parce que le terme nous paraît bien mettre en lumière et l'existence des noyaux sarcomateux dans tout le système nerveux, central ou périphérique, et leur évolution fibreuse, et leurs relations avec la maladie de Recklinghausen.

Histologiquement, il existe le plus habituellement une tumeur principale développée surtout dans les régions de la base du cerveau (méninges, près du cervelet et de la protubérance ; nerfs crâniens, nerfs auditifs en particulier) ; elle reproduit la structure du sarcome solitaire des méninges. Les autres tumeurs sont plus petites ; aisément psammomateuses sur les méninges, plutôt embryonnaires dans la moelle dont les éléments nerveux paraissent plus refoulés que détruits, ces tumeurs sont à évolution franchement fibreuse sur les racines rachidiennes qui se montrent déformées et moniliformes. Quant aux noyaux des nerfs périphériques, dans nos deux cas, ils étaient constitués par des éléments fibroplastiques emboîtés les uns dans les autres à la façon des écailles d'un bulbe d'oignon. L'histogénèse de ces sarcomes multiples est intéressante à étudier, parce que la petitesse de chaque noyau permet aisément de suivre toutes les phases de son développement. Or, en examinant à ce point de vue spécial les noyaux de la moelle, des méninges, des racines rachidiennes et des nerfs périphériques, nous avons pu aisément constater que le développement du tissu néoplasique avait eu lieu en réalité aux dépens de tous les éléments mésodermiques (périnèvre, endonèvre, gaine de Henle, gaine de Schwann, tissu conjonctif ordinaire, gaine périvasculaire ou périthélium, endothélium vasculaire). Si l'on s'appuie sur ces faits, il paraîtra bien difficile de séparer radicalement les endothéliomes et les sarcomes ; dans la plupart des cas, l'endothélioma, au lieu d'exister à l'état de néoplasme pur, fait partie d'une tumeur dont les caractères généraux sont évidemment ceux du sarcome. La même opinion est soutenue par Brault à propos des sarcomes des viscères et organes périphériques.

Cliniquement, les symptômes de la neurofibrosarcomatose sont ceux d'une tumeur à foyers multiples et à localisation prédominante au niveau de la base de l'encéphale (syndrome cérébelleux ; troubles auditifs précoces et rapidement progressifs jusqu'à la surdité), ophtalmoplégies et paralysie faciale souvent unilatérales ; symptômes habituels de la compression cérébrale. Il est à remarquer que les noyaux de la moelle, des racines et des nerfs périphériques ne donnent pas lieu à une symptomatologie bien apparente ; mais dans les observations ultérieures, il sera tout indiqué de rechercher plus attentivement les troubles moteurs, sensitifs et trophiques qui vraisemblablement doivent survenir à la suite de ces noyaux sarcomateux. Pour terminer, nous voulons appeler l'attention de la maladie de Recklinghausen ou neurofibromatose multiple avec la neuro-fibro-sarcomatose. Dans ces deux affections, le système nerveux périphérique est envahi par des noyaux néoplasiques. Dans les deux affections, le système nerveux central peut être atteint, alors que le fait est, depuis longtemps, indiscutable pour la neuro-fibro-sarcomatose, certaines observations récentes avec autopsies et deux cas cliniques que nous avons pu recueillir dans le service du professeur Raymond, tendent à démontrer que la maladie de Recklinghausen, elle aussi, est capable d'envahir les centres nerveux. Histologiquement, la structure et l'histogenèse des noyaux néoplasiques dans les deux affections sont à rapprocher sur bien des points ; dans la fibromatose multiple, ces noyaux rappellent plutôt du tissu conjonctif adulte, tandis que dans la neuro-fibro-sarcomatose, ils correspondent avant tout aux phases cellulaires de ce même tissu conjonctif ; dans les deux cas, ce sont des néoplasmes mésodermiques. Les observations ultérieures démontreront jusqu'où va le bien fondé de cette hypothèse.

*Observations de deux frères atteints de paralysie générale appartenant à une famille de dégénérés.*

MM. A. Joffroy et Et. Rabaud. — Les deux frères dont il s'agit présentaient l'un et l'autre les signes très nets de paralysie générale, embarras de la parole, inégalité pupillaire, signe d'Argyll, perte de la mémoire, idées délirantes diverses (de grandeur, de négation, etc.).

Comme *antécédents personnels*, on retrouve chez l'un l'alcoolisme et la syphilis ; chez l'autre, le paludisme et un surmenage physique véritablement excessif. Les *antécédents héréditaires* sont extrêmement chargés. Le grand-père maternel, alcoolique, est mort aliéné. Sa fille, mère des deux malades, était épileptique depuis son enfance. Elle est morte complètement démente à l'âge de quarante-huit ans, hémiplégique et aphasique depuis six années. Elle a eu 13 enfants, tous, sauf un peut-être, plus ou moins nerveux et

impressionnables, et dont plusieurs à la première occasion, sont tombés dans l'aliénation mentale. Nous apportons l'observation de deux d'entre eux.

L'*autopsie* des deux frères confirme le diagnostic clinique : épaississement des méninges, adhérences à la substance grise, dilatation des ventricules. Au point de vue microscopique, disparition presque complète des fibres tangentielles, dilatation des vaisseaux avec infiltration leucocytaire. On observe en certains points la confusion des parois vasculaires et du tissu nerveux. Méninges épaissies et infiltrées ; augmentation considérable d'une névroglie.

Par la méthode de Nissl, on relève l'existence de lésions intéressant un certain nombre d'éléments isolés dans les couches des grandes et petites cellules, excentricité des noyaux, zone de dégénérescence pigmentaire.

Ces diverses lésions sont particulièrement accusées sous le lobe frontal. On les observe également dans le lobe temporal. Peu accusées dans le lobe pariétal, elles le sont moins encore dans le lobe occipital. D'une façon générale, les lésions sont comparables chez les deux frères avec une simple atténuation chez Gustave D...

L'intérêt de ces observations réside dans ce fait que deux frères portant la charge d'une lourde hérédité, soumis à des influences dissemblables, sont morts de la même maladie ; que dans la même famille, se trouvent des manifestations mentales très diverses.

L'auteur responsable du mauvais état cérébral de la famille entière paraît être le grand-père maternel, alcoolique et mort aliéné. Son influence s'est fait sentir immédiatement sur sa fille, et médiatement sur la majorité de ses petits-enfants.

M. Doutrebente (de Blois). — Je demande à M. Joffroy de nous dire s'il pourrait nous fournir des renseignements sur les antécédents vésaniques héréditaires des deux paralytiques dont la maladie dure depuis cinq à onze ans.

M. Joffroy. — L'un de mes malades avait des antécédents héréditaires manifestes, il était fils d'un déséquilibré.

M. Doutrebente. — Je remercie M. Joffroy de ce renseignement, qui me confirme dans l'opinion, émise par moi il y a trente-deux ans dans ma thèse, quand j'ai dit, le premier en date, que la forme chronique et rémittente de la paralysie générale se rencontrait chez les héréditaires vésaniques.

M. de Perry (de Bordeaux). — Des signes somatiques peu accusés, un délire faiblement expansif, l'évolution plus longue de la maladie, donnent un aspect spécial à la paralysie générale survenant chez les dégénérés.

*Sur l'innervation des vaisseaux de la pie-mère et de l'écorce cérébrale.*

M. Obregia. — Lorsqu'on détache la pie-mère de la surface du cerveau, on ne trouve ni cellules ni plexus nerveux dans les parois des artérioles ou des veinules arrachées. Si, au contraire, on laisse la pie-mère en place, on constate, par les procédés de Golgi, Ramon y Cajal, etc., etc., que les cellules de Ramon, situées dans la couche moléculaire, immédiatement sous la pie-mère, donnent de très nombreux filets qui forment un riche plexus, et que des prolongements axiles de ces cellules vont se ramifiant et se dirigeant, en fin de compte, exclusivement vers la pie-mère et les vaisseaux corticaux qui en émergent. Cette disposition se retrouve sur des cerveaux d'animaux de différents âges, et on ne peut s'assurer, en même temps, qu'il existe des rapports de contiguïté entre les prolongements axiles ascendants des cellules sous-jacentes (surtout des cellules de Martinotti), des cellules pyramidales et d'autres cylindres terminaux.

Les préparations que voici montrent que les branches terminales des cylindres-axes des cellules polyaxoniques de Ramon vont vers les vaisseaux (artérioles et veinules). Il ne faut pas perdre de vue que des polyaxones (fusiformes et triangulaires) présentent cette particularité unique, qui les distingue des autres neurones cérébro-spinaux, de posséder deux, trois et même plusieurs cylindres-axes. Sur de nombreuses préparations, nous avons rencontré une disposition analogue, polyaxonique, au niveau des neurones péri-vasculaires qui servent de vasomoteurs dans la plupart des tissus. Tous ces faits nous conduisent à admettre que les cellules polyaxoniques de Ramon, situées dans la couche la plus superficielle de l'écorce cérébrale, sont préposées à l'innervation des vaisseaux corticaux, et que les plexus d'entrelacement de leurs prolongements sont à comparer, comme rôle, aux plexus vasculaires. Il y a encore un fait qui plaide en faveur de cette opinion, c'est l'existence, établie par M. Pierret, des voies de communication entre les cellules de la moelle et les nerfs vasomoteurs du tronc. Il restait à trouver les voies de communication entre les neurones cortico-cérébraux et les vaisseaux de différents territoires de la corticalité, car, lorsque nous voulons exécuter un travail pénible avec le membre supérieur droit, par exemple, il est de toute nécessité que les neurones de représentation motrice du centre cortical du membre donnent une incitation qui se transmet aux vasomoteurs de ce territoire, pour en amener la vasodilatation et l'irrigation plus active (Schiff). Or, c'est précisément ce mécanisme qui est éclairci par les relations signalées plus haut entre les cellules polyaxoniques de Ramon et les vaisseaux de la corticalité cérébrale.

---

## **Séance du 5 août** (soir).

PRÉSIDENCE DE M. RÉGIS, DENY ET A. MARIE

Après la séance du matin, les congressistes se sont rendus par le tramway électrique au Pont-de-Clairs, où a eu lieu un déjeuner collectif.

« La lenteur du service, dit le *Petit Dauphinois*, y était palliée par l'agrément du paysage et des accortes servantes très embarrassées par un service inusité.

« Les toasts s'y sont multipliés comme les jours précédents. Ceux du président Régis, du secrétaire général, de M. le professeur Joffroy qui a rappelé l'œuvre de l'Université de Grenoble dont le cours des vacances peuvent servir de modèle aux cours semblables que Paris organise.

« M. le Recteur a répondu et le docteur Bonnet, médecin en chef de l'asile de Saint-Robert, a bu à la santé des dames qui accompagnent les congressistes. Ils les remercie de leur apporter ce que ne sauraient leur donner ni la splendeur des Alpes Dauphinoises, ni la sauvage beauté de cette nature tourmentée et grandiose qui se présente à leurs regards, c'est-à-dire le charme, la souplesse élégante, la fantaisie, la joie. Il les remercie d'apporter aux congressistes une atmosphère vivifiante de Beau et de Bien, créée par elles, un peu de cet idéal, de cette joie sereine, de cette harmonie supérieure qui double le charme de vivre et qui fait oublier aux médecins d'asiles le caractère souvent pénible de leurs fonctions. Il termine par un toast très applaudi à Mme Régis, la collaboratrice infatigable du président du Congrès. »

Après le déjeuner le Congrès est entré en séance.

*Le mécanisme des réflexes et du tonus musculaire*, par CROCQ (de Bruxelles.)

D'après la théorie que j'ai developpée au Congrès de Limoges, *chez l'homme, le tonus musculaire est exclusivement cortical*, tandis que les réflexes se font par les trois étages : *médullaire* pour les *réflexes rapides de défense, lombaire* pour les *réflexes tendineux, cortical* pour les *réflexes cutanés*.

M. le professeur Grasset, confondant absolument les manifestations du tonus et des réflexes, admet que toutes peuvent se faire indistinctement par les trois étages cérébro-spinaux. Cette manière de voir, soutenable pour les réflexes, à condition que l'on différencie les trois espèces de réflexes cités plus haut, est, à mon avis, erronée en ce qui concerne le tonus. Les faits sur lesquels s'appuie M. Grasset sont peu convaincants, tandis que ceux qui

militent en faveur de la théorie corticale sont irréfutables et nombreux.

M. Mendelssohn invoque la *loi de diffusion des réflexes* pour soutenir que ceux-ci peuvent se produire indifféremment par tous les étages cérébro-spinaux. Je réponds à cela qu'il est une loi plus importante encore qui domine toute la physiologie nerveuse composée : c'est qu'à mesure que l'on s'élève dans l'échelle animale, les fonctions nerveuses remontent graduellement vers l'encéphale et se localisent davantage. La loi de diffusion des réflexes concerne les animaux inférieurs, l'expérimentation prouve qu'elle n'est pas exacte chez le singe, la clinique démontre qu'elle est absolument fausse chez l'homme.

M. Brissaud objecte que des lésions destructives de la *totalité* des fibres pyramidales, dans la capsule interne, peuvent produire des hémiplégies *spasmodiques*. Le mot de spasmodique ne peut évidemment ici indiquer que l'*hypertonie*, car tous nous sommes d'accord pour admettre l'hyperrflectivité tendineuse dans les lésions de la capsule interne. Je réclame la preuve du fait que la section de *toutes* les fibres cortico-spinales peut provoquer l'hypertonie : les recherches nécroscopiques sont insuffisantes à nous renseigner à ce sujet, nos procédés actuels ne suffisant pas à déterminer si *toutes* les fibres sont sectionnées, pas même lorsqu'il y a dégénérescence secondaire des faisceaux pyramidaux, qui peuvent contenir un certain nombre de cylindraxes intacts.

M. Brissaud conteste le fait qu'une section médullaire *complète* abolit définitivement chez l'homme le tonus et les réflexes (sauf les défensifs) dans le tronçon inférieur. Je pense que tout dépend de la nature de la lésion : si celle-ci est brusque, il y a flaccidité complète et définitive ; si elle est lente, il peut y avoir spasmodicité. Pour établir ce fait, M. Brissaud rapporte le cas de M^lle^ Z..., chez laquelle une section *complète* de la moelle cervico-dorsale, par coup de revolver, abolit pendant de longues semaines, et jusqu'à la mort, le tonus et les réflexes. Il donne ensuite l'observation d'un malade atteint d'une paraplégie spasmodique, et chez lequel il diagnostiqua une lésion *équivalant à une section*. Or, chez ce patient, la sensibilité au contact persista jusqu'à la mort. A l'examen microscopique on trouva une compression médullaire avec sclérose intense du ruban étroit qui représentait la moelle et dans lequel on apercevait cependant encore quelques fibres nerveuses. Ni cliniquement ni anatomiquement la section n'était complète.

MM. Raymond et Cestan, dans une étude très importante, publient 2 cas de compression médullaire avec paraplégie spasmodique et anesthésie complète. Cliniquement, ces cas répondent à une section complète de la moelle ; anatomiquement, on constate la persistance d'un certain nombre de cylindraxes. La section était

donc incomplète. M. Lannois rapporte une observation analogue à celle de M. Brissaud; il s'agit d'une paraplégie spasmodique qu'il considère comme due à une section médullaire, alors que la sensibilité au contact a persisté jusqu'à la mort. La lésion était donc incomplète.

M. de Buck s'appuie sur les arguments invoqués par MM. Brissaud, Raymond et Cestan pour admettre que les réflexes parcourent la voie extra-pyramidale ou rubro-spinale. J'ai répondu à ces objections; j'ajouterai que la très intéressante observation de MM. Raymond et Cestan, parue dans le dernier numéro des *Archives de Neurologie*, prouve nettement que la destruction des noyaux rouges n'abolit pas les réflexes tendineux.

M. van Gehuchten me reproche d'avoir cherché à prouver expérimentalement l'importance de la circulation aortique sur la nutrition de la moelle lombaire. D'après lui, ce fait est depuis longtemps établi. Pour motiver mes recherches, je n'ai qu'à faire remarquer qu'actuellement encore, et malgré mes expériences, MM. Jendrassick, Brissaud et Mendelssohn pensent que cette circulation se fait en grande partie, par les artères spinales antérieures.

Mon savant compatriote m'objecte encore que la seule voix anatomique descendante reliant les ganglions lombaires à la moelle est, dans l'état actuel de nos connaissances, la voie rubro-spinale. Il me reproche de supposer une voie reliant les corps opto-striés aux cornes médullaires, alors que la voie rubro-spinale est connue. Je commencerai par dire que l'observation si démonstrative de MM. Raymond et Cestan prouve que la voie rubro-spinale n'est pas celle des réflexes et que, par conséquent, j'ai bien fait de ne pas adopter la théorie de van Gehuchten, qui se trouve aujourd'hui renversée. J'ajouterai que nos connaissances anatomiques concernant les voies centrifuges des corps opto-striés sont presque nulles, et dans tous les cas très confuses. Il suffit pour s'en rendre compte, de parcourir le remarquable ouvrage de Dejerine. Dans ces conditions, m'inspirant des données concernant la physiologie comparée du système nerveux dans l'échelle animale, données qui, de l'avis des plus savants physiologistes, accordent aux corps opto-striés un rôle important dans les fonctions motrices, je ne crois pas faire une *erreur anatomique* en supposant l'existence de fibres descendantes reliant des corps opto-striés aux cornes antérieures de la moelle.

*La paralysie générale au début devant les magistrats.*

M. Maxwell, avocat général à la cour de Bordeaux, où il a prononcé, à propos du fratricide un discours qui a eu un grand retentissement, a fait, au Congrès des aliénistes de langue française, une communication que l'on pourrait appeler sensationnelle.

Après avoir rappelé combien est délicate la tâche du médecin-expert, les déboires qui l'attendent souvent aussi bien de la part du ministère public que de la défense, M. Maxwell s'est exprimé dans les termes suivants, que nous avons tenu à reproduire textuellement.

Il y a des cas où je voudrais que le médecin fut toujours consulté. Ils concernent une catégorie de malades qui sont ordinairement plus dangereux pour eux-mêmes et pour leurs proches que pour la sécurité générale. Ils ne sont pas habituellement des impulsifs, capables de commettre de graves attentats contre les personnes. Les meurtres sont rares chez eux; mais les outrages publics à la pudeur, les faux, les abus de confiance, les vols et toute une série d'infractions moins graves, leur sont coutumières. Je veux parler des paralytiques généraux au début de leur maladie.

Il arrive souvent aux juridictions répressives d'avoir à juger des hommes de vingt-cinq à cinquante ans qui ont eu, jusqu'au delit poursuivi, une excellente conduite. Brusquement un de ces hommes commet quelque acte immoral punissable, quelques larcins stupides, quelques faux grossiers; il comparaît devant le juge d'instruction d'abord, devant les juges ensuite. Les preuves de sa culpabilité ne sont même pas dissimulées; il ne témoigne qu'un repentir insuffisant; il fait même quelquefois une détestable impression par l'attitude indifférente qu'il conserve. Il s'intéresse plus aux menus incidents de l'audience qu'à sa situation propre, il paraît être un spectateur plutôt qu'un acteur du drame judiciaire qui se passe.

Si elle est trop marquée, cette indifférence peut frapper l'esprit des magistrats, car ils ont trop d'expérience pour ne pas avoir alors quelques soupçons d'un trouble mental; mais souvent ces troubles ne sont qu'ébauchés. Il faudrait l'œil d'un aliéniste pour les apercevoir; le magistrat, dont ce n'est pas l'affaire n'y saurait rien découvrir, il est tenté, au contraire, de voir du cynisme dans l'indifférence du coupable. Ses soupçons seront d'autant moins éveillés que souvent l'escroquerie, le vol, l'abus de confiance ou le faux, paraîtront déterminés par les besoins d'argent du coupable dont les affaires seront embarrassées ou dont les dépenses auront été exagérées; le mobile de l'infraction sera manifeste. Le prévenu sera condamné et l'on enverra dans une prison un individu qu'on aurait dû mettre dans un asile.

Je souhaiterais donc que juristes et médecins légistes s'entendissent pour insister sur la nécessité d'une observation médicale sérieuse, de tous les prévenus qui comparaissent pour la première fois devant la justice après une longue vie d'honnêteté antérieure. Je suis persuadé que l'expérience personnelle des médecins légistes est conforme à la mienne : dans la catégorie des condamnés dont je m'occupe, il y a une très forte proportion de paralytiques généraux.

Je reconnais cependant qu'il est difficile de déterminer des juges à consentir aux dépenses d'un examen médical, toujours long, toutes les fois qu'ils se trouveront en présence d'un prévenu de vingt-cinq à cinquante ans sans antécédents judiciaires. Il faut donc leur donner des indications sommaires permettant de découvrir, dans les circonstances de l'infraction et dans l'interrogatoire du prévenu, les signes d'un trouble mental possible. Il me semble que le Congrès ferait une œuvre utile et pratique s'il pouvait donner la sanction de son autorité à l'établissement de règles simples, élémentaires, que chaque juge d'instruction devrait connaître.

Peut-on établir ces règles ? Il me semble que oui. Je crois, en effet, que le juge devrait soumettre le prévenu à un examen médical, toutes les fois qu'il se trouverait en présence d'un individu de l'âge indiqué s'étant toujours bien conduit antérieurement et qu'il constaterait, en outre :

1° Que le prévenu a tardivement manifesté des idées d'ambition ou de fortune, des goûts de dépenses ou de spéculation;

2° Qu'il a commis l'infraction maladroitement, sans dissimuler, par exemple, les objets volés, sans prendre les précautions dont un délinquant a, d'ordinaire, le soin de s'entourer pour cacher sa faute.

2° Qu'il témoigne une indifférence inexplicable chez un délinquant poursuivi pour la première fois.

4° Qu'il marque des troubles quelconques de la mémoire. J'insisterais volontiers sur cette dernière circonstance. Je pense que nous avons dans l'état de la mémoire un réactif d'une très grande sensibilité, réactif qu'un juge d'instruction peut commodément employer. Ce magistrat devra donc se rendre un compte sommaire de la nature des souvenirs du prévenu, et rechercher si celui-ci a : 1° de l'amnésie ou de la dysmnésie des faits récents contrastant avec un souvenir bien complet des faits passés depuis longtemps; fréquemment le malade, même à la période paralytique, ne pourra pas indiquer le quantième du mois et le jour de la semaine. il ne saura pas ce qu'il a mangé à son déjeuner du matin et à son dîner de la veille. Il aura oublié les courses faites, les affaires traitées dans les dernières journées.

2° Si, en écrivant, il oublie des lettres ou des syllabes, ou fait des fautes d'orthographes qui ne lui étaient pas coutumières ;

3° S'il fait des erreurs de calcul grossières : par exemple dans la table de multiplication. Il conviendrait que le juge ne se contentât pas d'une simple question, mais demandât au prévenu une série de calculs simples, comme de réciter la table de Pythagore; la fatigue mentale se manifeste chez le malade au bout de quelques instants, et les erreurs apparaissent aussitôt ;

4° Enfin, si sa conception des idées abstraites est intacte. Je reconnais que sur ce point l'examen est toujours difficile et rare-

ment possible, à moins qu'on ait affaire à un prévenu ayant reçu une certaine instruction et auquel on pourra demander quelques notions générales.

Il est bien entendu que je me borne là à exprimer un vœu ; si le Congrès s'y associe, il resterait à confier à des hommes plus compétents que moi le soin de formuler avec plus d'exactitude et de précision que je n'ai pu le faire, les trois ou quatre règles simples, élémentaires, faciles à expliquer, à l'aide desquelles le juge d'instruction pourrait rapidement jauger l'état mental du prévenu. Il est évident que ces règles ne peuvent être qu'indicatrices, elles auraient cependant l'avantage de permettre aux magistrats de se rendre approximativement compte de la nécessité d'une expertise. L'avocat, d'ailleurs, devrait connaître ces règles élémentaires, il pourrait provoquer l'expertise si le juge d'instruction ne l'ordonnait pas d'office. Je demande donc aux membres du Congrès de commencer ce petit livre élémentaire dont je parle, et que tout magistrat, tout juge d'instruction surtout, devrait connaître aussi bien que son Code civil. Combien d'erreurs judiciaires seraient ainsi évitées et combien de paralytiques généraux, irresponsables, échapperaient à des condamnations imméritées. Mais, pour être utile, ce petit livre devrait exprimer l'opinion générale des principaux aliénistes.

*Le massage chez les tabétiques*, par Maurice Faure et Courtensoux.

La massothérapie est souvent employée et mal comprise dans le traitement du tabes. A titre de stimulant de la circulation et de l'innervation, un massage modéré et méthodique peut sans doute aider au maintien de la nutrition générale et par conséquent empêcher ou atténuer l'amaigrissement ou l'atrophie musculaire chez les tabétiques comme chez d'autres malades, mais cela à la condition qne ce massage tiendra compte des réactions propres au tabétique, lequel ne saurait être massé comme un homme bien portant. Le pétrissage, le tapotement vigoureux ou même simplement les séances trop longues ou le massage trop étendu augmentent la fatigue habituelle du malade, son impotence musculaire et son incoordination.

Certaines manœuvres doivent être absolument proscrites chez le tabétique ; tels sont : les mouvements passifs exécutés avec plus ou moins de force et qui exagèrent les saccades et la brusquerie habituelles aux gestes des ataxiques, — les exercices d'assouplissement qui ne font qu'augmenter la laxité ligamenteuse et musculaire, qui est précisément un des stigmates les plus gênants de l'ataxie, — enfin tous les exercices de force au cours desquels le tabétique. dont la sensibilité profonde est troublée ou abolie, contusionne ses nerfs, arrache ses ligaments et déchire ses muscles, sans même s'en apercevoir.

C'est à ce titre de stimulant de la sensibilité cutanée (en frictions, effleurages, percussion légère), à titre de stimulant de la sensibilité profonde et surtout de la nutrition musculaire (pressions douces, mobilisation prudente) que ce massage sera utile aux tabétiques. Il leur servira aussi contre les paralysies, les atrophies, les fractures et les entorses qui surviennent quelquefois au cours du tabes et qu'il faut soigner par les procédés usuels.

Enfin, il ne faut point confondre le massage avec la mécanothérapie et la rééducation, qui en sont des méthodes bien différentes dans leurs principes et leur application. Le massage n'a point à connaître de machines et d'appareils destinés à produire des mouvements passifs, lesquels sont du ressort de la mécanothérapie, et n'ont d'ailleurs que peu d'emplois chez le tabétique, et peuvent être dangereux. Il n'a pas à connaître davantage des mouvements volontaires qui, employés sans méthode, ne donnent que des résultats insignifiants et qui, lorsqu'ils sont méthodiques et coordonnés, sont du ressort de la rééducation. Cette technique vise d'ailleurs la cure de l'incoordination, de l'impotence motrice, du relâchement musculaire, sur lesquels le massage n'a aucune prise et qu'il ne doit point chercher à atteindre, car il ne peut que les augmenter s'il est mal compris ou mal pratiqué.

### *La pathogénie de l'épilepsie*, par Maurice Faure.

#### *Les origines du tabes.*

M. Maurice Faure. — Il n'est pas contestable qu'à l'origine de la grande majorité des cas de tabes on relève la syphilis ; mais il n'est pas contestable, non plus, que les cas où il est impossible d'admettre la syphilis sans baser le diagnostic sur une pétition de principe ne sont pas exceptionnels.

Il est des cas de tabes qui semblent n'être que l'expression locale d'une dégénérescence générale sénile (polysclérose) et où l'action d'une cause unique et spécifique se confond dans l'ensemble des actions causales de la sénilité. Il est aussi des cas où d'autres infections que la syphilis semblent avoir agi et avoir, à elles seules, engendré le syndrome tabétique : ainsi la tuberculose, la malaria, l'alcoolisme, etc.

Enfin, des infections, si fréquentes chez les tabétiques, qu'on peut les admettre comme de règle, semblent jouer aussi un rôle pathogénique actif, même chez les tabétiques spécifiques, et peut-être surtout chez eux, car souvent chaque accident tabétique a accompagné ou suivi l'apparition d'une de ces infections, alors que pendant la période où la syphilis était seule, aucun accident tabétique n'était apparu. Ce sont surtout la grippe ou l'influenza, les infections rhumatismales, la blennorragie. Il semble que la

syphilis crée, dans ces cas, un lieu de moindre résistance où l'infection secondaire s'installe, évolue et forme la lésion tabétique. Les origines infectieuses ou toxiques du tabes nous semblent donc trop complexes pour que sa pathogénie puisse être résolue à l'aide d'une seule notion : la notion de spécificité syphilitique.

Quant à la question du terrain elle nous paraît aussi d'une importance capitale, et quand on observe un grand nombre de tabétiques rassemblés, on ne peut qu'être frappé de l'analogie de leur caractère, de leurs mœurs et de leur constitution physique et mentale. Il nous semble que l'intérêt prochain de cette question est d'arriver à établir la proportionnalité de chacune des variétés pathogéniques du tabes et de ces différences, afin de leur appliquer des traitements variés et convenables, pour chaque groupe de cas, au lieu de mercurialiser systématiquement et intensivement tous les tabétiques, ou de n'en mercurialiser aucun, suivant que l'une ou l'autre idée théorique nous guide, ou que l'une ou l'autre influence nous a entraînés.

*Extension durable ou prolongée du gros orteil associé au signe de Babinski.*

M. Pailhas (d'Albi). — J'ai eu l'occasion en ces derniers temps, d'observer quatre cas d'extension persistante du gros orteil dans lesquels se manifestait aussi, de la façon la plus nette, la réaction réflexe qui caractérise le signe de Babinski.

. . . . . .

L'intérêt de ces observations m'a paru résider : 1° dans la corrélation existant entre le signe de Babinski et cette extension durable ou prolongée du gros orteil qui semble n'être qu'une amplification ou une exagération, en durée surtout, de ce même signe 2° dans le fait que l'extension du gros orteil est, dans les états cérébraux, un accident de contracture susceptible de se montrer associé à d'autres phénomènes du même ordre, mais pouvant aussi se montrer à l'état isolé et de façon à indiquer la tendance aux contractures; 3° dans cet autre fait que l'extension durable du gros orteil semble établir, par assimilation, la véritable signification du signe de Babinski, en le représentant comme un indice d'hypertonus musculaire dépendant, soit d'une altération du système pyramidal, soit, ainsi que chez le jeune enfant, d'une disposition fonctionnelle toute physiologique et explicable par la relative prépondérance des centres spino-basilaires, à cet âge; 4° dans cette constatation que, dans les lésions organiques du système pyramidal, le réflexe de Babinski tout comme l'extension persistante du gros orteil, ne se produisent pas en raison directe de l'intensité des altérations cliniquement observées, puisque dans deux cas d'hémiplégie complète, nous avons vu ces signes s'accuser bien plus du côté non paralysé.

*Sur une corrélation entre un certain écartement involontaire du petit doigt de la main et des troubles du langage articulé*

M. Pailhas (d'Albi). — Ce syndrome a été noté dans diverses affections de l'axe cérébrospinal : paralysie générale, démences alcoolique et sénile, aphémie congénitale. L'auteur estime que cette corrélation de troubles fonctionnels ne peut qu'être rapportée à une connexité de lésions des centres qui président aux langages articulé et graphique. M. Arnaud a vu un sujet atteint de crampes des écrivains qui eut ensuite de l'embarras de parole. Ce fait lui semble venir à l'appui des idées émises par M. Pailhas sur la corrélation des centres de l'écriture et de la parole.

*Cure de désintoxication.*

M. Bonnet. — La maladie de la fonction précède celle de l'organe ; d'où la nécessité d'agir vite et de débarrasser l'organisme des substances qui l'intoxiquent. Ce ne sont ni les calmants, ni les antispasmodiques, qu'il faut prescrire ; ce sont des trompe-l'œil qui ne font qu'augmenter l'intoxication. Ce qu'il faut, c'est cet ensemble de mesures que je groupe sous le nom de cure de désintoxication, et que je pratique systématiquement chez tous mes malades. Elle est constituée par le régime lacté, auquel j'associe la lactose et quelquefois la théobromine ou la diurétine, par l'alitement, les purgatifs et même les injections de sérum. Depuis que j'ai adopté cette pratique, la durée du traitement a notablement diminué.

M. Obreja. — Je félicite M. Bonnet et approuve sa méthode, car le coefficient uro-toxique est d'une grande importance dans l'aliénation mentale.

*De la responsabilité des demi-fous devant les tribunaux et de la responsabilité des tribunaux devant la société*, par E. Verrier.

*Etudes sur les miracles de la Salette.*

M. Rouby (d'Alger) signale la possibilité de l'existence de troubles mentaux chez plusieurs personnages ayant joué un rôle dans l'histoire de la Salette. Etude critique documentée, très intéressante.

*Les ongles chez les aliénés.*

M. Pierret (de Lyon) fait sur ce sujet une communication très intéressante que nous reproduirons.

*Etats neurasthéniques et neurasthénie.*

M. le Dr Maurice Ducosté (Bordeaux). — M. Ducosté fait une classification des états névrosiques actuellement rassemblés sous l'étiquette de neurasthénie. Les « états neurasthéniques » et la « neurasthénie constitutionnelle » méritent absolument d'être conservés comme individualités cliniques. Mais il faut bien s'entendre sur la signification des états neurasthéniques. Ce ne sont que des symptômes d'une affection somatique, symptômes derrière lesquels il faut chercher la base organique, la paralysie générale particulièrement (Voisin, Ballet, Fournier, Levillain, Magnan et Sérieux, Régis) dont la phase prodromique neurasthéniforme est extrêmement importante à connaître pour établir un pronostic ferme. Ces états neurasthéniques et mieux neurasthéniformes peuvent apparaître au début, au cours, ou à la fin (psychoses asthnéiques de la convalescence de Krœpelin) des affections les plus diverses, et en dehors de leur importance pratique, ils en ont une doctrinale, en ce sens « qu'ils ne sont que des symptômes et ne peuvent aucunement plaider en faveur de l'entité « neurasthénie ». La neurasthénie dite constitutionnelle a des caractères bien connus sur lesquels il est inutile d'insister. C'est un type clinique très net. A côté des états neurasthéniformes et de la neurasthénie constitutionnelle, il y a, pour M. Maurice Ducosté, un type spécial de neurasthénie « qui, aussi bien par son étiologie que par ses symptômes et son évolution, nécessite d'être décrit avec soin ».

*Etiologie :* Pas d'hérédité, choc émotionnel, nécessaire et suffisant.

*Symptomatologie :* Stigmates physiques et mentaux vulgaires de la neurasthénie vraie, frustes parfois, et diversement associés les uns aux autres. et en plus (ce qui est essentiel) interprétation pessimiste des symptômes neurasthéniques, interprétation qui touche à tous les faits de la vie du sujet et qui a pour origine et base intellectuelle l'idée qui s'est associée à l'émotion causale. La guérison est de règle, les stigmates neurasthéniques disparaissent d'abord, l'état mental avec sa systématisation pessimiste ne cédant qu'en dernier lieu. Une observation détaillée et très nette à l'appui. Plusieurs autres, « dont les grandes lignes ont la même rectitude ».

La *pathogénie* ne peut encore être que soupçonnée. Peut-être les théories de Lauge, de Mosso, de Sergi, de Ribot, les expériences de G. Dumas et de ses collaborateurs donneront la clef de ces phénomènes psychiques intéressants.

En somme, pour M. Ducosté, il y a : 1° des états neurasthéniques, symptômes d'affections diverses ; 2° la neurasthénie constitutionnelle, apanage des dégénérés, des héréditaires et 3° une neu-

rasthénie, sans hérédité névrosique ou vésanique, qui emprunte à la neurasthénie classique ses stigmates physiques, mais qui s'en distingue par un état mental spécial. C'est ce que l'auteur appelle *la neurasthénie à interprétation pessimiste*. Le diagnostic n'est délicat qu'avec la période d'incubation du délire clinique à évolution systématique, tel que l'ont décrite Magnan et Legrain.

*Sclérose en plaques infantile à forme hémiplégique d'origine hérédo-syphilitique probable.*

M. Georges Carrier (de Lyon). — Il s'agit d'une malade dont l'affection a évolué de l'âge de sept à dix-sept ans. Dans les antécédants héréditaires, on releva un père syphilitique et alcoolique, une mère nerveuse arthritique, un grand-père maternel cérébral. Ses frères et sœurs étaient tous morts en bas-âge, entre un et deux ans. — Rien de particulier dans ses antécédents personnels. Elle a été à l'école où elle a appris à lire et à écrire.

Le début de l'affection se fit à sept ans par une monoplégie brachiale droite qui survint brusquement et qui rétrocéda. A l'âge de onze ans, apparurent des crises épileptiformes à la suite desquelles survint progressivement, en l'espace d'un an, une hémiplégie droite avec aphasie et contractures, accompagnée d'obtusion intellectuelle avec gâtisme et coprophagie. Jusqu'à sa mort, qui survint cinq ans après, ces symptômes restèrent permanents, sauf l'obtusion intellectuelle et le gâtisme, qui disparurent.

Les symptômes qu'elle présentait alors étaient caractérisés par une hémiplégie droite avec contractions : paralysie faciale très peu accentuée, secousses convulsives dans la langue au début des mouvements, paralysie légère du voile du palais ; diminution de l'acuité visuelle à droite et turgescence des vaisseaux papillaires ; dents mauvaises avec sillon d'Hutchinson. Intelligence débile. Aphasie motrice permanente. Déformation du thorax et de la colonne vertébrale déviés à droite. Réflexes exagérés aux deux membres supérieurs et inférieurs. Trépidation épileptoïde des deux côtés. Léger tremblement intentionnel du bras gauche. Pas de troubles de la sensibilité. Crises épileptiformes à caractère jacksonien survenant irrégulièrement et commençant par le pied droit.

*A l'autopsie et à l'examen histologique,* on releva des plaques de sclérose disséminées dans tout l'axe cérébro-spinal, mais surtout caractéristiques au niveau de la moelle, où elles occupaient des localisations diverses suivant les différents étages médullaires.

Les cellules du cortex présentaient les différents degrés de l'atrophie ; celles de la moelle étaient intactes, sauf une légère diminution de volume. Les lésions des vaisseaux étaient caracté-

risés par un épaississement très accentué de leurs parois ; rien du côté de l'adventice, qui était très mince. Prolifération névroglique très marquée dans la substance blanche cérébrale et médullaire.

Cette observation présente plusieurs particularités intéressantes : 1° l'âge de la malade dont les troubles ont débuté à sept ans ; 2° le début mono, puis hémiplégique ; 3° le tableau clinique caractérisé par la prédominance exclusive et permanente des phénomènes hémiplégiques et de l'aphasie avec spasmodicité et crises épileptiformes jacksoniennes ; 4° l'évolution de l'état mental, qui a été caractérisé par l'état transitoire de l'obtusion intellectuelle, du gâtisme et de la coprophagie ; 5° la vérification nécropsique et histologique qui seule permit le diagnostic exact et qui révéla un processus de dégénérescence sans systématisation aucune, ayant débuté par les fibres à myéline, et des lésions vasculaires chroniques qui indiquent l'importance pathogénique des vaisseaux dans la sclérose multiloculaire ; 6° l'importance étiologique de l'hérédo-syphilis dans le développement de la sclérose en plaques chez les jeunes enfants.

*De la sortie refusée des aliénés*, par Biaute.

*Traitement de la paralysie générale.*

M. Devay (de Lyon) a soumis au traitement spécifique mixte intensif, depuis 1896, 90 cas de paralysie générale. Il expose les résultats de cette méthode thérapeutique systématique dans 21 cas qui ont subi une modification, une amélioration ou une rémission. En se basant sur ces résultats, il arrive à formuler son opinion sur la théorie de la nature parasyphilitique de la paralysie générale, aussi bien que du tabes, théorie qui a été préjudiciable au traitement de ces affections. Toute paralysie générale doit être soumise à un traitement intensif mixte, calomel 0,10 centigrammes par injection intra-musculaire chaque semaine, et iodure de potassium à dose progressivement croissante jusqu'à 14, 16 et même 20 grammes par jour.

M. A. Marie préconise l'emploi du *sérum ioduré* dans la paralysie générale ; il ne détermine pas les congestions, ni les accidents comateux dont on l'accuse.

*Fausse grossesse dans la paralysie générale.*

M. Dupré. — On sait que chez les paralytiques généraux (hommes ou femmes) les délires de grossesse ne sont pas rares ; on sait également que chez les hystériques les cas de fausse grossesse sont très fréquents, mais nous ne connaissons pas de fausse grossesse chez des paralytiques générales non hystériques. J'en ai

observé, avec M. Hagniez, un exemple, concernant une femme de trente ans qui s'est présenté à nous avec les signes, somatiques et psychiques, de la paralysie générale, auxquels s'étaient ajoutés, sous l'influence d'un surmenage récent, les symptômes d'un état temporaire de confusion mentale, d'hébétude et d'obtusion intellectuelle. De plus, la malade présentait l'apparence extérieure la plus complète d'une grossesse avancée (volume et forme de l'abdomen, démarche) ; les règles étaient abolies depuis six mois; aussi la conviction d'une grossesse de cet âge était-elle absolue chez cette femme et dans son entourage : on avait préparé la layette, etc.

A l'examen direct, on constata une vacuité absolue de l'utérus, qui était gros comme une noix ; les organes génitaux et périgénitaux étaient normaux. La patiente, informée de cet état de choses, sourit avec incrudulité et continua, les semaines suivantes, à se croire enceinte. Au terme approximatif de la prétendue grossesse, les règles réapparurent, mais les symptômes extérieurs de grossesse persistèrent encore quelque temps.

Ce fait représente donc une combinaison intéressante de fausse grossesse somatique et de délire démentiel de grossesse au cours de la paralysie générale.

*Paralysie générale précoce chez un débile hérédo-syphilitique.*

MM. Ernest Dupré et Pagniez (de Paris). — J'ai observé, avec M. Pagniez, une hérédo-syphilitique de vingt-trois ans qui a succombé, au bout de trois années, à une paralysie générale à forme démentielle simple, non délirante. L'autopsie a confirmé le diagnostic, et l'examen histologique a montré les lésions cérébrales, hépatiques, rénales de la maladie. L'anamnèse a permis d'établir, en outre, que la patiente était une débile et que l'hérédo-syphilis provenait de la mère, qui, étant nourrice, avait eu un chancre du mamelon. Ce cas est analogue à ceux qui ont été déjà publiés par différents auteurs, notamment par MM. Toulouse et Marchand, cas qui établissent, d'une part, le rôle de l'hérédo-syphilis dans l'étiologie de la paralysie générale, et, d'autre part, la fréquence de cette affection chez les débiles.

*Etude histologique de l'écorce cérébrale dans 18 cas de méningite.*

MM. Maurice Faure et Laignel-Lavastine ont recherché dans le laboratoire de M. Ballet les altérations corticales de 13 cas de méningite tuberculeuse, 2 à pneumocoques, 1 à entérocoques et 1 à bacille d'Eberth. Ces lésions, ni constantes, ni régulières, siègent en général au voisinage des foyers méningés et sont d'autant plus accentuées que l'évolution a été plus longue.

A. *Lésions interstitielles.* — L'écorce, abaissée ou refoulée, à vaisseaux très dilatés, est infiltrée de cellules rondes qui pénètrent à une plus ou moins grande distance des vaisseaux.

B. *Lésions cellulaires.* — Les cellules nerveuses, devenues globuleuses, ont leurs grains chromophiles diminués de volume et comme effrités. Le noyau est un peu coloré, les prolongements pâles, les bords échancrés (neuronophagie). Ces lésions étaient très accentuées dans 4 cas, légères dans 8, à peu près nulles dans 6. Dans ces derniers cas, la méningite n'avait été que l'épilogue rapide d'une tuberculose pulmonaire chronique à la 3e période. Au contraire, dans les 4 cas où les lésions furent très accentuées, il y avait eu méningite tuberculeuse à évolution clinique classique.

*L'activité locale de la circulation cutanée de la main dans l'hémiplégie organique et le syndrome de Raynaud*, par LAIGNEL-LAVASTINE (de Paris).

Avec M. Hallion, nous avons montré que le temps que met à disparaître la tache blanche produite sur la peau par une compression légère varie avec l'activité de la circulation locale. Par exemple, l'effacement de la tache produite par la compression du pouce pendant trois secondes sur la peau de la face dorsale du premier espace interosseux de la main est beaucoup plus rapide quand la main est rougie par immersion dans l'eau chaude que lorsqu'elle l'est par immersion dans l'eau froide. En même temps que nous étudiions la tache blanche au laboratoire du professeur François Franck au Collège de France, nous notions à l'hôpital, dans les services de MM. les professeurs Raymond et André Petit, des variations chez les malades. A titre d'exemples, nous rapportons aujourd'hui quelques résultats observés dans l'hémiplégie organique et le syndrome de Raynaud.

Chez *10 hémiplégiques d'origine organique* nous avons comparativement examiné des deux côtés la *tache blanche*, le *pouls capillaire* et la tension artérielle.

Les résultats diffèrent selon l'âge de l'hémiplégie. Au *lendemain de l'ictus* on trouve du côté malade une tache plus courte et un pouls capillaire plus ample que du côté sain. Inversement chez les hémiplégiques *spasmodiques* observés de six mois à douze ans après l'ictus, on trouve du côté paralysé la tache blanche plus longue, la tension artérielle plus basse, le pouls capillaire à oscillations plus petites ou nulles. Enfin, il est dans l'hémiplégie organique une *période intermédiaire* très courte où l'on trouve des deux côtés les mêmes résultats. C'est ce que nous avons constaté chez une femme de quarante-cinq ans, atteinte depuis deux mois d'hémiplégie gauche avec exagération des réflexes d'origine syphilitique. Cette asymétrie dans la durée de la tache blanche observée dans

l'hémiplégie organique, nous ne l'avons pas retrouvée dans 2 cas d'*hémiplégie hystérique*.

La tache blanche, d'une longueur souvent considérable dans le *syndrome de Raynaud* au stade de cyanose, est modifiée d'une façon caractéristique par un bain à 45°. Alors qu'elle devient immédiate au niveau des parties saines, elle diminue à peine au niveau des doigts malades. C'est donc là un procédé facile pour délimiter exactement les parties saines des parties malades. Dans les mêmes conditions le pouls capillaire n'apparait dans l'eau chaude qu'au niveau des parties saines.

*En résumé :* 1° la tache blanche, indice de la circulation locale, permet de distinguer la rougeur par paralysie vaso-motrice de la rougeur par vaso-dilatation active ;

2° Elle subit des modifications de même sens que celles du pouls capillaire dans l'hémiplégie organique ou le syndrome de Raynaud : plus courte que du côté sain au lendemain de l'ictus, elle devient plus longue quand l'hémiplégie date de quelque temps après être passée par un stade intermédiaire où elle était égale des deux côtés.

*Les obsessions et la psychasténie*, par P. Janet.

*Le délire des négations de Cotard n'est-il qu'un syndrome ?*

M. Castin (de Montdevergues), dans une communication, tend à démontrer que le délire des négations de Cotard n'est pas seulement un synchrome, mais une affection mentale distincte avec une étiologie, une symptomatologie, une évolution, un pronostic et même une anatomie, pathologique tout à fait spéciales. Cette affection serait secondaire à des accès successifs de mélancolies simple et anxieuse, ou bien à l'hypochondrie systématique, telle que l'a décrite M. Séglas.

Dans le chapitre des symptômes l'auteur établit une filiation des idées de négation et de leurs « idées corollaires », et insiste tout particulièrement sur les signes physiques, sur l'anxiété, l'insomnie, la constipation et les phénomènes d'opposition. L'attitude et l'expression d'horreur de ces malades seraient tout à fait caractéristiques.

Le pronostic est très sombre, comme il découle d'un tableau où l'auteur a recueilli les terminaisons relatées dans 32 cas dont 8 personnels ; 12 fois cette affection se termina par la mort six mois au plus après l'internement du malade (7 fois par cachexie et 5 fois par maladies intercurrentes).

Après avoir établi les difficultés du diagnostic, M. Castin discute la question au point de vue nosologique.

*Sur le symptôme catotonique.*

M. Crocq (de Bruxelles). — La catotonie, dont l'autonomie est, depuis longtemps, contestée en France, est encore considérée, en Allemagne et en Belgique, comme une entité morbide bien définie. Des discussions intermidables surgissent constamment à ce sujet, la cause en est dans le fait que les auteurs adoptent des définitions différentes. Les définitions modernes prouvent combien les partisans, convaincus de l'autonomie de la catotonie, ont restreint le cadre de leur entité morbide dont il ne reste finalement que les phénomènes moteurs. Ces phénomènes constituent, non pas une maladie, pas même un syndrome, mais seulement un symptôme susceptible de se montrer au cours d'affections mentales diverses. Voici les photographies d'un cas typique de catotonie chez une hystérique ; l'examen de l'urine a démontré une perturbation profonde de la nutrition générale caractérisée par la diminution de la quantité des urines, hyperchlorurie considérable, hypophosphaturie et diminution de la quantité d'urée.

La question est de savoir si la catotonie est, selon l'opinion de Régis, due aux troubles nutritifs ou si les troubles nutritifs sont la conséquence de la vapeur. La catotonie s'accompagne d'hypothermie, de cyanose des extrémités, d'abaissement des fonctions circulatoire et respiratoire ; ces troubles généraux et trophiques sont plutôt la conséquence que la cause de la catotonie ; peut-être en est-il de même des troubles urinaires. — *Discussion* : MM. Dupré et Régis.

*De la paralysie générale chez les dégénérés.*

M. de Perry (Bordeaux). — J'apporte au Congrès quelques observations qui viennent corroborer l'aspect spécial que l'on a attribué à la paralysie générale chez les dégénérés. Les antécédents psychopathiques antérieurs sont fréquents. Les signes somatiques sont moins accusés au début. Le délire expansif est plus pâle parce qu'il évolue sur un terrain congénitablement stérile. L'évolution de la maladie semble plus longue que chez les hommes normaux et n'en a pas les caractères.

M. Dupré communique une observation qui confirme la marche rapide attribuée généralement à la paralysie générale chez les débiles. Il rapporte aussi le cas d'une femme qui, au cours d'une paraylisie générale, cultiva dans son délire une fausse grossesse, au point d'en imposer à tout son entourage ; elle en présentait, du reste, tous les signes extérieurs : gonflement des seins, augmentation de volume du ventre.

*Des agents physiques et mécaniques dans le traitement des hémiplégies organiques.*

M. E. Deschamps (de Rennes). — Cette thérapeutique est rationnelle ; en obéissant à des conditions faciles à déterminer, on peut toujours intervenir sans s'exposer à aggraver l'état du patient. Le danger d'augmenter les contractures règle l'*électrothérapie* de l'hémiplégie. En localisant l'excitation galvanique ou faradique, on peut faire réapparaître les contractions musculaires normales et voir diminuer la contracture ; la diffusion du courant aux antagonistes plus excitables ne pourrait qu'augmenter la contracture. La gymnastique sous la forme de *mouvements actifs* ou *passifs* rend des services, à la condition qu'on développe simultanément les deux systèmes de muscles antagonistes et qu'on ne dépasse jamais le *moment* du système le moins favorisé. Les mouvements faits avec effort doivent être soigneusement évités.

*Du processus histologique de l'atrophie musculaire.*

M. G. Durante. L'auteur élimine les atrophies dégénératives, qui sont des dégénérescences toxiques analogues à celles des autres organes, pour n'étudier que l'atrophie simple telle qu'elle s'observe dans les affections des nerfs, des centres et dans la myopathie progressive.

Dans la fibre musculaire, il faut distinguer la fibrille striée ou myoplasma, portion différenciée et fonctionnelle, et le protoplasma non différencié, ou sarcoplasma, régissant la nutrition, la défense et la dégénération de l'élément.

Comme dans toute cellule, *dans la fibre striée considérée à l'état normal et à l'état pathologique, il y a inversion dans l'importance réciproque de la portion différenciée et de la portion non différenciée.* Le sarcoplasma, très réduit à l'état normal, réagit sous l'influence du moindre état pathologique et prolifère.

Le processus conduisant à l'atrophie simple peut être divisé en trois périodes :

1° Le début, caractérisé par ce que G. Durante a appelé la *régression plasmodiale,* est constitué par l'hyperplasie locale ou diffuse du sarcoplasma avec prolifération des noyaux. Localisée, elle forme des taches claires ou grenues, des amas protoplasmiques, des bourgeons superficiels chargés de noyaux qui peuvent s'isoler dans le tissu conjonctif voisin. Généralisée, elle rend les fibres volumineuses et leur donne un aspect trouble, finement grenu, qui n'est pas de la dégénérescence, mais ce que l'auteur distingue sous le nom de *tuméfaction trouble*. Telle est la cause de la formation des *fibres hypertrophiées* qui marquent la première phase inconstante de l'atrophie.

Au niveau des amas de sarcoplasma, ou au milieu de fibres hypertrophiées, se produisent des fentes qui entraînent des *divisions longitudinales* simples ou multiples. Sur les coupes transversales, les petits îlots de *fibres grêles en jeu de patience* paraissent le résultat de la division répétée d'une seule grosse fibre.

Cette division longitudinale peut donner naissance à des fibres très grêles, mais ne saurait, à elle seule, entraîner l'atrophie du muscle, puisque la diminution de volume des éléments est proportionnelle à leur augmentation de nombre.

2° Soit à la surface des fibres encore bien striées, soit dans l'intérieur de fibres en tuméfaction trouble, le protoplasma jusque-là, à l'état de plasmode indivis, s'individualise en cellules distinctes qui tombent dans le tissu interstitiel ou restent dans la gaine. C'est la *régression cellulaire* véritable retour à l'état embryonnaire. Les fibres les plus grêles, produites par voie de division, s'étranglent entre les noyaux ou se séparent de même en une chaîne de cellules fusiformes.

3° *Métamorphoses.* La biologie cellulaire nous enseigne que le *milieu crée la fonction ; que le milieu et la fonction déterminent la morphologie cellulaire.* La fibre striée est revenue à l'état plus indifférent de cellules musculaires embryonnaires. Ces cellules, disséminées dans le tissu conjonctif, sont plus capables de s'adapter aux conditions nouvelles qui leur sont imposées. Elles se transforment peu à peu et prennent *l'apparence* d'éléments conjonctifs ou se chargent d'une gouttelette de graisse et se métamorphosent en pseudo-cellules adipeuses. La *métamorphose conjonctive* explique l'augmentation apparente du tissu interstitiel et de ses noyaux indépendamment de toute sclérose ; la *métamorphose adipeuse* fait comprendre l'origine de l'infiltration graisseuse, toujours plus ou moins marquée dans les amytrophies. C'est par ces métamorphoses que disparaissent ou du moins cessent d'être reconnaissables les éléments musculaires dans les amyotrophies.

L'atrophie musculaire est donc l'aboutissant non pas d'une résorption moléculaire, mais d'un processus complexe qui débute par une véritable *anarchie intra-cellulaire* : par suite d'un trouble dans l'harmonie qui doit régner entre les différentes parties constituant les fibres striées, le sarcoplasma s'hyperplasie, prend le dessus et se transforme en cellules musculaires distinctes ayant des caractères embryonnaires. Secondairement ces cellules se métamorphosent et perdent leurs caractères propres pour prendre l'aspect conjonctif ou adipeux.

Les *dégénérescences* diverses que l'on rencontre dans quelques fibres relèvent de complications secondaires. Elles sont la signature d'accidents toxiques (maladies infectieuses, cachexie, troubles digestifs, intoxications diverses) qui viennent se surajouter au processus amyotrophique. Toutes les amyotrophies relèvent histolo-

giquement de ce même processus, et ne diffèrent que par la distribution des lésions et par la rapidité de leur évolution.

*De la mort subite par rupture du cœur chez les déments.*

M. Pichenot (de Montdevergues) présente quatre observations personnelles de rupture du cœur chez les déments avec épreuves photographiques qui sont passées sous les yeux des membres du Congrès.

Dans sa communication, il rappelle que les travaux dans lesquels on s'est occupé de l'étiologie et de la pathogénie des ruptures du cœur, établissent comme facteurs principaux de cette affection la dégénérescence graisseuse du myocarde et les altérations des coronaires, mais sans s'arrêter sur les causes déterminantes de cette dégénérescence au point de vue mental. Aussi lui a-t-il paru intéressant de relater l'une d'elles, la démence.

A l'autopsie, outre une rupture du cœur plus ou moins étendue, il a constaté des lesions des valvules, de l'aorte et de certaines artères cérébrales, une surcharge graisseuse très accentuée du cœur avec dégénérescence du myocarde et d'autres organes importants, tels que le foie, les reins. Dans les deux derniers cas, il y avait des lésions des coronaires, athérome dans l'un, infarctus dans l'autre.

La mort subite était survenue au cours d'actes simples, mais ayant pu néanmoins augmenter légèrement la tension intracardiaque. Les facteurs émotifs sans avoir joué ici un rôle immédiat dans la genèse de la dégénérescence et de la rupture du cœur, lui semblent cependant avoir eu une influence médiate en ce sens qu'ils ont agi surtout en provoquant l'usure, l'affaiblissement des facultés intellectuelles, en un mot la démence, reconnue généralement comme favorisant les diverses dégénérescences des organes.

M. Pichenot conclut que c'est à l'état démentiel plus ou moins précoce de ses malades que doit être rattachée la dégénérescence graisseuse des myocardes et le mauvais état des coronaires. Trois d'entre eux avaient moins de soixante ans et l'autre moins de soixante-dix ans.

Sans pouvoir généraliser, en raison du nombre trop restreint de ses observations, il est porté à croire que la précocité dans l'apparition de la rupture du cœur est la règle chez les aliénés et que cette cause de décès doit être relativement fréquente chez les déments des asiles qui meurent brusquement mais dont l'autopsie est souvent négligée comme ne devant présenter aucun intérêt.

Un de ses malades étant épileptique, il rappelle en terminant que l'épilepsie en dehors de toute démence, suffit ainsi que l'admet Gélineau, pour favoriser la dégénérescence des organes, mais que les crises épileptiques peuvent aussi, à elle seules, provoquer la rupture du cœur suivant l'opinion de Short Lunier et Feré.

*Sur le signe pupillaire d'Argyll-Robertson.*

MM. Cestan et Dupuy-Dutemps. — Depuis trois ans, les auteurs ont recherché la réaction de la pupille à la lumière chez tous les malades ayant fréquenté la clinique Charcot. Ils conseillent l'instillation de cocaïne pour l'examen des pupilles étroites. Ils n'ont jamais pu trouver un réflexe paradoxal de la pupille. Dans le tabes, lorsque le signe d'Argyll était unilatéral, toujours ils ont trouvé la règle de Babinski, à savoir pour l'œil malade, disparition du réflexe pupillaire lumineux direct et consensuel, pour l'œil sain, conservation de ces deux réflexes. Mais ils ont particulièrement envisagé les rapports du signe d'Argyll et de la syphilis. Ils n'ont jamais trouvé le signe au cours de la sclérose en plaques (35 cas), de la polynévrite (30 cas), de l'atrophie musculaire Charcot-Marie (6 cas), de la syringomyélie (8 cas), de la maladie de Friedreich (10 cas), de diverses vésanies autres que la paralysie générale. Au contraire, ils ont pu le constater soit en l'état isolé (5 cas), soit en association avec d'autres affections : l'hémiplégie cérébrale (6 cas), la méningo-myélite (4 cas), etc. Mais ces derniers malades, qui n'étaient cliniquement ni des tabétiques ni des paralytiques généraux, étaient tous syphilitiques.

Peut-être existe-t-il des cas de névrite interstitielle hypertrophique et de syringomyélie avec signe d'Argyll et sans syphilis. Mais dans la pratique, la présence du signe d'Argyll doit faire soupçonner la syphilis, selon la règle posée par M. Babinski. De l'avis des auteurs cependant, jusqu'à la démonstration évidente par l'anatomie pathologique, il faudrait plutôt admettre que le signe d'Argyll dénonce un tabes ou une paralysie générale initiaux évoluant, soit à l'état isolé, soit en association avec d'autres maladies nerveuses syphilitiques.

*Le mariage entre géants.*

M. Henri Meige (Paris). — Sans doute, il est des géants qui ne deviennent jamais acromégaliques, et des acromégaliques qui n'ont jamais été de haute stature. Mais les faits sont nombreux où l'on voit le géant devenir acromégalique. Le gigantisme et l'acromégalie ne sont que deux étapes successives du même trouble de développement; le gigantisme se manifeste pendant la période de la croissance, et l'acromégalie quand cette période est terminée.

Si l'on se rappelle, en outre, que la grande majorité des géants présentent des troubles trophiques, qu'ils ont des accidents circulatoires, des imperfections physiques de toutes sortes, et fréquemment des désordres nerveux et mentaux, on conviendra que les tentatives comme s'en est produit une récemment, ayant pour but

de favoriser les mariages entre géants, ne sauraient trop être déconseillées. Leurs conséquences iraient certainement à l'encontre du but proposé, car elles tendraient à perpétuer des monstruosités accompagnées d'infirmités peu enviables.

*Deux cas de paramyoclonus multiples.*

M. Hartenberg (de Paris). — Les deux observations rapportées viennent à l'appui de la doctrine qui considère le paramyoclonus multiplex comme une manifestation purement hystérique. La marche de la maladie, le tempérament des malades, la guérison brusque produite par un choc émotionnel inhibitoire, semblent bien montrer qu'il s'agissait, dans ces cas, de ce trouble fonctionnel de l'écorce auquel on attribue actuellement l'hystérie. Toutefois, l'auteur ne rejette pas la possibilité d'autres formes de paramyoclonus produites par des lésions organiques du cerveau.

*Les leucomaïnes de la substance nerveuse.*

M. Labatut. — Vous entendiez, ces jours derniers, M. le professeur Brissaud vous dire : « Nous ne savons rien, nous ne connaissons rien au fond, nous n'établissons que les rapports, la relativité des choses. »

Pour établir ces rapports, les moyens d'observation employés par les diverses sciences sont différents, mais nous ne pourrons considérer un rapport entre deux faits comme parfaitement établi que lorsque les diverses sciences dont relève ce rapport donne des résultats concordants. Si, par exemple, je venais vous affirmer que les lécithines, qui entrent dans la substance nerveuse, contiennent, à l'état physiologique normal, un composé toxique qui n'est pas un déchet de désassimilation, vous me répondriez par ce principe de Cl. Bernard. « Aucun composé toxique ne peut, à l'état normal, faire partie de l'organisme »; et cette réponse serait une vérité évidente par elle-même.

Si, persistant, je vous disais que j'ai isolé chimiquement ce composé toxique, si je vous le présentais même, vous me répondriez : « Je ne doute pas que ce composé ait été extrait de la substance nerveuse, mais si nos procédés chimiques avaient conservé des propriétés au produit primitif de l'organisme, votre composé ne serait pas un toxique de la substance nerveuse, il en serait plutôt un aliment. »

Messieurs, la chimie biologique vous présente, comme existant dans les lécithines du cerveau, deux bases en combinaison avec l'acide phosphoglycérique. Ces deux bases sont : 1° la choline hydrate de triméthyloxéthylène ammonium et 2° la névrine hydrate de triméthylvinylammonium. La chimie biologique ajoute : « Ces deux

bases sont toxiques, la seconde vingt fois plus que la première. »

Vous vous demandez, Messieurs, comment un tel conflit a pu se créer entre la chimie et la physiologie. C'est tout simplement parce que l'extraction et l'étude de ces corps remontant à une cinquantaine d'années, les chimistes de cette époque n'avaient aucun souci d'exécuter leurs opérations dans les conditions biologiques de l'organisme. Dans le cas actuel, pour extraire les bases choline et névrine, ils traitaient les lécithines du cerveau en présence de la baryte à 100° pendant dix heures. Après une telle coction en milieu alcalin, il semble imprudent d'affirmer que ces composés existent bien dans les lécithines et ne se sont pas formés pendant la coction. La première vérification qui s'impose est précisément de rechercher si les composés obtenus sont toxiques ou non.

S'ils ne sont pas toxiques, s'ils peuvent de nouveau, sans apporter de trouble, faire partie d'un organisme similaire de celui qui les a fournis, on pourra admettre leur existence à l'état normal; mais s'ils sont toxiques il faudra les rejeter en tant qu'éléments normaux de cet organisme.

J'ai pu, Messieurs, faire la preuve chimique de la fabrication de la choline et de la névrine par la coction; car si l'on opère à froid, en ajoutant un peu d'hydrate de baryte à la solution alcoolique éthérée des lécithines on isole une base bien différente de ces dernières. Ainsi, la choline donne un chloroplatinate en aiguilles cristallisées du système clinorhombique (Friedel). La base isolée à froid donne un chloroplatinate en sphérules de coloration jaune et de forme identique aux lécithines elles-mêmes.

Le seul fait de se maintenir dans des températures biologiques a changé le résultat. La choline n'existe plus qu'à l'état de traces dans les extractions à froid et ne peut plus nous apparaître que comme un déchet de désassimilation. Dans la préparation par la baryte à chaud elle se forme seule et cela aux dépens de la base à chloroplatinate sphérulaire.

Ne connaissant maintenant plus rien, pour ainsi dire, sur les leucomaïnes de la substance nerveuse, comment procéder pour établir quelques connaissances à ce sujet? Si nous isolons quelque base du cerveau, même par des méthodes chimiques correctes, nous n'aurons aucune notion sur sa constitution chimique, le second terme du rapport, le point de comparaison va manquer.

Nous en arrivons nécessairement à créer ces points de comparaison, à fabriquer de toutes pièces, par synthèse chimique, en dehors de toute action cellulaire, des composés dont nous connaîtrons d'avance la constitution, dont nous pourrons étudier les propriétés chimiques et physiques. Ces points de comparaison étant établis, nous rechercherons si la substance nerveuse contient de tels composés.

Pourquoi cet effort? Parce que, si le but est atteint, nous aurons

des composés qui, au lieu d'être des poisons du système nerveux en seront un aliment, et nous permettront de lutter contre son usure d'en tenter la régénération par ses éléments les plus importants qui sont : les composés azotés.

Vous savez, messieurs, avec quelle facilité les alcaloïdes se fixent sur la substance nerveuse en donnant des effets physiologiques remarquables ; les composés dont nous poursuivons la réalisation étant de même nature chimique, nous pouvons légitimement escompter qu'ils se fixeront avec la même facilité sur le tissu nerveux.

La création des points de comparaison, des composés chimiques synthétiques est-elle absolument abandonnée à notre arbitraire ? En aucune façon ; nous avons un renseignement comme point de départ : le cerveau est un organe où la glycérine abonde, le cerveau est un terrain glycérique. Il sera donc naturel de constituer par synthèse des composés glycériques azotés à fonction basique, mais dans toutes les opérations il faudra s'astreindre à se tenir dans les limites des températures physiologiques. Aucun corps ne sera chauffé au-dessus de 38° et les synthèses seront faites à l'étuve à cette température.

Si des distillations sont nécessaires, on les fera dans le vide fallût-il atteindre le vide des lampes à incandescence et des tubes de Crookes. Si nous découvrons ensuite de tels composés dans l'organisme, nous pourrons dire qu'il suffit, pour les obtenir, de maintenir leurs éléments à une température fixe pendant un temps souvent assez long. Ils nous apparaîtront dès lors comme le résultat d'actions chimiques lentes et nullement comme le produit de l'activité cellulaire.

Nous nous expliquerons ainsi qu'après la digestion, les éléments cellulaires n'aient à accomplir qu'un faible travail pour reconstituer des albumines aux dépens des peptones. Nous pourrons ainsi comprendre que le protoplasma ait existé avant son mouvement, son existence dérivant du seul jeu des actions chimiques dans des conditions déterminées et devenant fatale, une fois les conditions posées.

Dix composés glycériques azotés ayant été constitués par synthèse, quatre de ces bases se sont rencontrées ayant leurs similaires dans le cerveau. 1re *base synthétique*. — Elle présente toutes les réactions que Friedel attribue à la choline. Son chloroplatinate cristallise aussi dans le système clinorhombique avec un angle de base un peu différent de celui de la choline. — 2e *base synthétique*. — Elle donne un chloroplatinate en sphérules identiques à celui que l'on obtient en traitant à froid les lécithines en salution alcooloéthérée. — 3° et 4° *bases synthétiques*. — A l'état de chlorures, elles se présentent sous la forme de pulpes qui sont insolubles dans l'eau, dans l'alcool, dans l'éther, insolubles dans l'acide chlorhydrique et la potasse étendus.

Fixant le chlorure de platine, le chlorure d'or, le bleu de méthylène, se teignant en bleu par l'éosine hématoxylique, en rose par le carmin, prenant le Golgi, elles présentent toutes les réactions chimiques et histochimiques des *nucléines cérébrales*. L'étude physiologique de ces composés n'est pas encore faite, elle seule peut nous fixer sur la valeur thérapeutique de ces substances synthétiques.

En vous faisant, messieurs, cette communication, j'ai obéi à un mobile égoïste : celui de prendre date pour les faits nouveaux que je présente.

### Excursion a la Grande Chartreuse

Le mardi 6, un grand nombre de congressistes se sont rendus à la Grande Chartreuse.

Ainsi que nos lecteurs ont pu le constater par ce compte rendu que nous avons essayé de faire aussi complet que possible, de nombreuses et très intéressantes communications, en plus de la discussion très complète des Rapports, ont occupé de longues et laborieuses séances. En terminant, nous remercions personnellement tous nos confrères de Grenoble de leur cordial accueil et nos collègues du Congrès de leur collaboration. B.

---

# BIBLIOGRAPHIE.

*Rapport médical, pour* 1901, *sur l'asile public de Saint-Robert*, par le Dr J. Bonnet, médecin en chef.

Nous avons déjà utilisé quelques parties de ce rapport[1]. En 1901, il a été traité à l'asile 1.266 malades. Les sorties par guérison ont été de 40, par amélioration de 60, par évasion 2. Décès 123, dont 8 par *tuberculose*, 5 par fièvre typhoïde et 22 paralytiques généraux. L'asile fournit en moyenne, par an 15 ou 16 corps non réclamés à l'école de médecine de Grenoble, parmi lesquels en moyenne, un de la Seine.

L'asile compte 29 aliénés dits criminels (20 hommes et 9 femmes), qui sont considérés comme dangereux, sauf quelques-uns employés à de menus travaux et étroitement surveillés. Le nombre des malades traités, qui a été de 1.046 en 1889, était de 1.266 en 1901. Il y a donc une progression constante. Nous relevons dans les considérations générales les passages suivants :

« Tel infortuné naîtra faible d'esprit, imbécile ou idiot, comme

[1] Voir p. 326.

d'autres naissent infirmes, sourds-muets ou atteints de paralysies partielles (pieds-bots, etc.). Ce n'est point, on le comprend, un simple traitement médical qu'il faudrait instituer en faveur de ces derniers, mais bien un *traitement pédagogique*, une éducation spéciale. « On voit donc la nécessité qu'il y a de détruire cette vieille conception de l'*asile-caserne*, à transformer de plus en plus nos asiles, renfermeries d'aliénés, en maisons de traitement, en hôpitaux, en instruments de guérison. Or, guérir des aliénés doit être le vrai but de l'asile, le meilleur moyen de ne pas grever outre mesure le budget départemental, c'est la meilleure voie des économies. Cette tendance heureuse, mieux connue dans le public, jointe à la sollicitude de l'administration et aux améliorations réalisées en faveur des aliénés, fera peu à peu disparaître les hésitations, les répugnances qui retardent trop souvent le placement des malades, au grand détriment de leur curabilité. »

Il est inutile de dire que nous approuvons complétement ce que dit M. Bonnet sur la nécessité des asiles-écoles pour les idiots. La critique des asiles-casernes est bien moins fondée. Pourquoi sont-ils des « renfermeries » et non des hôpitaux? Parce qu'on les encombre, parce qu'on transforme de bons asiles comme Saint-Robert, à population limitée, en grands établissements, à tous égards moins favorables aux guérisons. Mieux vaudrait créer un second asile dans une autre partie de l'Isère que d'agrandir indéfiniment Saint-Robert. L'asile de Blois n'est pas une renfermerie.

« La méthode récente du *traitement par le séjour au lit*, de *l'alitement*, méthode surtout adoptée à l'étranger, continue à nous rendre de précieux services, surtout dans les états mélancoliques survenant chez les malades épuisés ou surmenés. Mais nous n'appliquons pas ce traitement d'une façon systématique; il nous paraît discutable dans les cas d'excitation maniaque. Les malades ainsi traités réclament une surveillance toute spéciale. Malheureusement, l'*insuffisance numérique du personnel* ne nous permet pas d'employer ce mode de traitement aussi fréquemment que nous le désirerions. »

L'insuffisance du personnel est, en effet, un obstacle à l'application régulière de l'alitement dans beaucoup d'asiles.

« Un certain nombre de malades, écrit encore M. Bonnet, nous ont été amenés des hôpitaux dans un état physique à peu près désespéré. Il serait préférable d'éviter ces internements dans l'intérêt du malade et de sa famille. En conservant ces malheureux quelques jours de plus à l'hôpital, on éviterait leur décès dans un *asile d'aliénés*. »

Cette remarque est très juste; une pratique aussi défectueuse, et peu humaine, existe, hélas! ailleurs qu'à Saint-Robert. B.

---

# VARIA.

### Hypersécrétion des larmes chez les mystiques.

Michelet raconte[1], que personne plus que Saint-Dominique, n'eût le don des larmes qui s'allie si souvent au *fanatisme*. Lorsqu'on recueillit les témoignages pour sa canonisation, un moine déposa qu'il l'avait souvent vu, pendant la messe, *baigné de larmes* qui lui coulaient en si *grande abondance* sur le visage, qu'*une goutte d'eau n'attendait pas l'autre*.

Le même auteur, parlant du roi Saint Louis donne, d'après le Confesseur, les renseignements suivants : « Li Lenoicz roi désirroit merveilleusement grâce de larmes, et se compleignoit à son confesseur de ce que lermes li défailloient, et li disoit débonnèrement, humblement et priveement, que quant l'en disoit en la létanie ces mots : Biau sire Dieu, nous te prions que tu nous doignes fontaines de lermes, li sainz rois disoit dévotement : O sire Diex, je n'ose requerre fontaines de lermes ainçois me suffisissent petistes gouttes de lermes à arouser la sécherèce de mon cuer... Et aucune foiz reconnut-il à son confesseur priveement, que aucune fois il donna à notre sires lermes en orerzon : lesqueles, quand il les sentoit courre par sa face souef (doucement) et entrer dans sa bouche, eles li sembloient si savoureuses et très douces, non pas seulement au cuer, mès à la bouche[2]. » (Voir aussi p. 320 de ce numéro.)

Cette hypersécrétion s'observe chez ce genre de malades, à peu près pour toutes les glandes. A rapprocher de la sialorrhée.

### Les aliénés en liberté

— Mme Pingard, femme d'un employé de la Compagnie du chemin de fer d'Orléans, était venue passer quelques jours chez son père, M. Champommier, à Montluçon (Allier). Pendant la nuit, prise de folie furieuse, elle lui a coupé les oreilles avec un rasoir et a cherché à lui couper le cou. Il put se sauver. (*Bonhomme normand*, 14 août).

— Le sieur Auguste James, quarante-deux ans, cultivateur à Bucy, canton de Vassy, s'est pendu dans sa grange. Ce malheureux homme, père de cinq enfants, était *depuis pres d'un mois en proie à des troubles cérébraux*. C'est dans un moment de crise qu'il s'est suicidé. (*Le Bonhomme normand*, 8-14 août 1902).

[1] Michelet, *Histoire de France*, p. III, édit. Marpon. — [2] *Ibid.*, p. 181.

— Le nommé Abel Ollivier, coiffeur, à Bruay (Pas-de-Calais), pris de folie, s'est jeté dans la rue sur une femme Laure Campagne et l'a tuée en lui coupant la gorge d'un coup de rasoir. Il s'est suicidé ensuite en se tranchant le cou. (*Le Bonhomme Normand* du 11 au 17 juillet 1902.)

— Le sieur Ferdinand Boucherie, quarante-cinq ans, rentier à Quesnoy (Nord), a été tué à coups de couteau par son frère Désiré Boucherie, atteint de folie. (*Le Bonhomme Normand* du 27 juin au 3 juillet 1902.)

La femme Jeanne Dhont, trente-quatre ans, dont le mari est ouvrier briquetier à Lille, était atteinte de maladie noire. L'autre jour, elle sortit avec ses quatre enfants et en jeta trois dans la rivière. L'ainée, une fillette de neuf ans, put s'enfuir. Alors la mère se noya à son tour. (*Bonhomme Normand*, du 12 au 18 juillet).

*Une fortune qui flambe.* — Il y a quelques mois, M. Jean Herry, âgé de vingt-quatre ans, demeurant à Saint-Mandé, fils de cultivateurs, héritait d'une somme d'environ 100 000 francs que lui léguait un parent éloigné. Surpris d'une telle fortune, M. Herry qui était d'une nature impressionnable, eut la tête tournée et ses facultés mentales s'altérèrent. Il avait toujours peur qu'on lui volât son trésor, et il gardait sur lui, en titres au porteur et en billets de banque, la majeure partie de sa fortune.

La nuit dernière, il se rendit dans une maison que ses parents possèdent à Saint-Mandé. Là, il fit un tas de ses billets et de ses titres et y mit le feu. Puis, s'asseyant en face de sa fortune qui flambait, il se tira une balle de revolver dans la tête. Il se blessa peu grièvement, put sortir au matin et tint aux voisins des propos si incohérents qu'on le conduisit au commissariat.

Le commissaire de police a fait examiner le malheureux et, suivant les conclusions des médecins, l'a fait interner, 75 000 francs de titres ont été brûlés entièrement ; les numéros n'en étaient pas conservés. (*Le Temps* du 18 avril 1902.)

— Une femme d'Ecquetot (Eure), âgée de cinquante-cinq ans, la veuve Chéron, journalière, *ayant déjà donné des signes d'aliénation mentale*, est disparue de son domicile depuis le 22 juillet. La gendarmerie, prévenue se livre à des recherches. (*Progrès de l'Eure*, 8 août). — Comme cette femme avait déjà donné des signes de folie, elle aurait dû être hospitalisée à l'asile d'Evreux, mais c'était une *indigente*, il aurait fallu payer pour elle.

— Une jeune femme habitant Bissy (Savoie), avait depuis quelques jours l'*idée fixe de tuer* sa mère. Pour échapper à cette obsession, elle tenta de se noyer dans l'Albanne, à Chambéry. Elle en fut retirée. Elle essaya alors de s'étrangler avec son mouchoir. On

la transporta à l'hôpital, où sa mère vint la chercher. Arrivée chez elle, elle se donna deux coups de couteau. Elle a succombé.

### Un fou dangereux.

M. Martin, secrétaire de M. Deslandes, commissaire de police du quartier de Charonne, trouvait assis, hier soir, à neuf heures, dans son bureau, un individu qui se leva à sa vue. Je suis fou, monsieur déclara l'homme, et j'ai envie de tuer quelqu'un, de boire son sang. Tenez, d'ailleurs, voici un tranchet qui m'a déjà servi à assassiner un gendarme dont le corps a été retrouvé, il y a quelque temps, à Fontenay-sous-Bois. Et maintenant je vais vous tuer. En proférant cette menace, le fou bondit sur le secrétaire, qui aurait certainement été mis à mal, si deux agents n'étaient intervenus. L'étrange individu, qui a réellement blessé à coups de tranchet un gendarme, a été désarmé et envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Soleil* du 21 février 1902).

---

## FAITS DIVERS.

### DE L'ATTITUDE DU CRUCIFIEMENT.

Dans un article de la *Petite Gironde* du 9 septembre 1902, Gaston Deschamps parlant des contrebandiers cite l'anecdote suivante :

Oui, monsieur, et pas méchants ! Une fois, le contrebandier Gambocha, renommé au pays basque, fut poursuivi par un *carabinero* qui lui lâcha un coup de fusil dans le dos, heureusement sans l'atteindre. Cambocha, dont les jarrets sont d'acier, saute sur son ennemi, le terrasse, et se contente, pour toute représailles, de le crucifier, avec des cordes, sans lui faire de mal, sur une croix de pierre, au bord du chemin.

— Admirable !

Cette vengeance n'est point banale et la cause du crucifiement n'est pas d'origine mystique comme chez Saint-Louis, par exemple : « Dans sa dernière nuit, il voulut être tiré de son lit et étendu sur la cendre. Il y mourut, tenant toujours les bras en croix. (Michelet, *Hist. de France*, t. III, p. 171, édition Margron.)

### MEURTRIER DE QUATORZE ANS

Sous ce titre la *Petite Gironde*, du 18 septembre raconte que dans la nuit de jeudi à vendredi la nommée Marie-Louise Bernard, vingt

ans, née à Saint-Hilairs-de-Riez, en service chez M. Foucher, quincaillier, aux Sables-d'Olonne, a été victime d'un lâche attentat commis sur elle par le nommé Aimé Birotteau, quatorze ans et demi, apprenti, chez M. Foucher. La victime a reçu plusieurs coups de couteau qui l'ont blessée grièvement. Néanmoins, ses jours ne sont pas en danger. Birotteau est en fuite et n'a pas été retrouvé.

UN INCENDIAIRE DE DIX ANS.

La gendarmerie de Vitteaux vient d'arrêter un gamin de dix ans, Alexandre Eorey, enfant des hotpices de Dijon, domestique à Massingy, qui, par vengeance, avait mis le feu dans les herbages de M. Grandchamp, cultivateur à Massingy. Malgré les secours, une bergerie. une grange et une maison ont été la proie des flammes. (*Petit Dauphinois*, août.)

---

# BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

---

Colucci. — Metodi ecriterü per la educabilita dei dementi. Estr. dagli. *Annali di Neurologia*. Napoli 1902.

Colucci. — Per la semeiolica della forza muscolare dal punto di vista clinico e psico-fisiologico. Extr. dagli. *Atti della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli* 1902.

Colucci. — L'Allenamento ergografuco nei normale e negli epilettici. Indagini di psicometria. Estratto dagli *Atti della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli* 1901.

Kronthal (Paul). — Von der nervenzelle und der zelle im allgemeinen. In-8° de 274 pages. Prix : 20 francs. Iéna, 1902. Fischer édit.

Pitres (A.) et Regis (E.). — *Les obsessions et les impulsions*. In-18° de 450 pages. Prix : 4 fr. Doin, édit.

— *Le 2e Congrès de l'hypnotisme expérimental et théapeutique*. In-8° de 320 pages avec figures. Prix : 10 francs. Comptes rendus publiés par MM. les Drs Berillon et Paul Farez. Vigot, édit.

Sicard (J.-A.). — *Le liquide céphalo-rachidien. Ponction lombaire et cavité sous arachnoïdienne*. Petit in-8°, avec 13 figures (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire*). Prix : 2 fr. 50. Masson et Cie, édit.

*Le rédacteur-gérant :* Bourneville.

---

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 10-1902.

Vol. XIV. Novembre 1902. N° 83.

# ARCHIVES DE NEUROLOGIE

## CLINIQUE MENTALE.

### Contribution à l'étude de la pathogénie des idées délirantes fondamentales, des idées directrices, et des obsessions; de leurs rapports dans les délires vésaniques ;

Par Alex. PARIS
Médecin de l'Asile de Maréville
Chargé de Cours à la Faculté de Médecine de Nancy.

L'observation sur laquelle repose cette note fait ressortir d'une façon particulièrement remarquable, à mon avis, à côté du rôle prépondérant de l'hérédité, de la constitution nerveuse originelle, du tempérament fou (Maudsley) d'une mélancolique dans la genèse de l'idée de culpabilité, l'influence de l'obsession dans le délire vésanique. Elle montre aussi clairement que possible, selon moi, que l'idée de culpabilité naît surtout par suite de la tendance en quelque sorte innée de la mélancolique à l'auto-accusation et comment l'obsession intervient pour produire l'affirmation formelle, la fixation de l'idée de culpabilité.

Au point de vue de l'intelligence de la part qui revient à chaque élément dans la pathogénie de l'idée de culpabilité et des idées fondamentales dans les délires vésaniques avec obsessions, cette observation me paraît tout à fait démonstrative :

*Commémoratifs :* J... R..., trente-sept ans, mariée. Quatre grossesses. Dernier enfant âgé de huit ans. Caractère émotif, très impressionnable ; intelligence bornée cependant. Aucun renseignement sérieux sur antécédents familiaux, mais hérédité attestée par la symptomatologie. Ménage pauvre ; misère. Pas d'alcoolisme.

Début de délire en janvier 1902 : J... R... est devenue maussade, donne fréquemment des signes d'impatience, de nervosité, ne dort plus, est anxieuse ; on lui prescrit des hypnotiques, elle ne tarde pas à se figurer que son pharmacien lui vend du poison, que ses voisins la calomnient, qu'ils se montrent tous malveillants. Puisque tout le monde s'est tourné contre elle qui n'a rien à se reprocher, appartiendrait-elle donc, dit-elle, à une famille sur laquelle pèse quelque malédiction ? Son niveau intellectuel n'est pas très élevé, elle n'est pas éloignée de croire à la sorcellerie.

Le 23 mars, la malade est en proie à une vive agitation sous l'influence de craintes extrêmes d'assassinat, de tortures, elle se lamente bruyamment, désespérément, refuse toute nourriture, manifeste plus de craintes encore pour ses enfants que pour elle-même, et finit par attirer ceux-ci du côté de la rivière voisine pour les noyer avec elle. Ces circonstances déterminent le placement à Maréville.

*Etat au moment de l'entrée (fin mars) :* J... R... est émaciée, sa constitution semble délabrée, elle est en proie à une excitation vive, se tord les bras, s'arrache les cheveux, se déchire les mains, crie, se désole, s'effraye de tout ce qui se dit, de tout ce qui se passe autour d'elle, se croit regardée de travers par tout le monde, se figure que toutes ses compagnes tiennent des propos malveillants à son égard (mais elle ne les entend pas) ; *on* doit l'accuser, accuser les siens, mais elle ne trouve cependant rien à se reprocher ; elle refuse les aliments ; très peu de sommeil.

*En mai :* l'excitation est un peu tombée, mais la malade, interprétant à sa façon les propos tenus autour d'elle, les regards et les gestes de ses compagnes (dont elle ne distingue pas les discours), croit toujours qu'on l'accuse ou plutôt que l'on doit l'accuser de meurtres, de vols, de crimes divers ; elle passe ses journées à chercher, en se lamentant, ce que l'on peut, ce que l'on doit dire d'elle, et s'écrie, à chaque instant : « Mais mon Dieu ! mon Dieu ! je ne me rappelle pas avoir jamais rien fait de mal, je n'ai jamais tué, ni volé, ni assassiné, comme on le croit, ni mes enfants non plus, les pauvres petits, n'ont jamais commis le moindre crime, n'ont jamais rien fait de mal ! à leur âge qu'auraient-ils pu faire de mal ? Pourquoi est-on contre nous comme çà ? » — *Malgré ces protestations d'innocence, elle ne peut pas se soustraire au besoin de chercher à plaider coupable, la conviction de son innocence ne lui enlève pas le besoin de se reconnaître coupable ;* elle arrive à penser que c'est *peut-être* pendant son sommeil qu'elle commet les actes dont elle est convaincue qu'on l'accuse, bien qu'elle *n'entende pas* prononcer les accusations. Elle fait alors tout son possible pour ne pas s'endormir, nous supplie, en pleurant, de ne pas lui prescrire d'hypnotiques, de la laisser sans sommeil pour lui permettre de ne rien

faire qui puisse la compromettre ou porter préjudice à sa famille et surtout à ses enfants. Lorsque nous lui demandons de s'occuper un peu, elle s'écrie, désespérée, qu'elle le voudrait bien mais qu'elle ne le peut plus parce qu'elle n'a plus de volonté, parce qu'une intervention néfaste, une sorte de malédiction *doit* peser sur elle.

Quelques semaines se passent ainsi dans le doute, pendant lesquelles, désormais persuadée *qu'elle doit être* coupable, elle cherche à trouver comment elle peut faire le mal. Ses recherches, toujours dans le même cercle, ont un caractère nettement obsessif, elles sont accompagnées de préoccupations entrecoupées de véritables accès de désespoir qui ne laissent aucun doute à cet égard.

Enfin, au *commencement de juin*, la malade vient un jour à moi et s'écrie, en pleurant : « Oh ! maintenant, j'ai tout compris, je m'explique tout : c'est pendant mon sommeil que je commets des fautes ; je ne veux plus dormir ! » Puis elle pousse un véritable soupir de soulagement ; cette certitude semble l'avoir délivrée d'un poids douloureux. (Elle ne tient pas sa solution d'une hallucination, j'insiste à dessein sur ce point.)

A partir de ce moment elle n'a plus de ces crises de désespoir auxquelles elle était en proie à chaque instant, elle reste déprimée, se figure que toutes ses compagnes, que toutes les personnes qui l'entourent l'accusent en même temps que les siens d'avoir commis les crimes les plus abominables, elle affirme l'innocence de ses enfants et déclare que si elle est elle-même coupable, comme elle le croit maintenant, c'est pendant son sommeil qu'elle accomplit des actions mauvaises ; elle déplore, mais sans se désoler comme autrefois, de ne pouvoir pas vivre sans dormir. Elle traduit ses craintes avec plus de calme ; son délire reste, en somme, assez borné, mais son niveau intellectuel n'est pas non plus très élevé.

Il est bien évident que les idées de culpabilité ne sont pas simplement la conséquence des idées de persécution ; nous trouvons, en effet, dans l'accentuation progressive des premières des caractères qui accusent surtout l'influence originelle, la tare originelle de la malade : ce n'est pas seulement parce que persécutée qu'elle arrive à se demander si ses persécutions ne sont pas justifiées, mais c'est surtout en raison de son caractère mélancolique, de son humilité en quelque sorte originelle ; c'est un besoin pour ainsi dire inné, une véritable obsession qui la pousse à plaider coupable, puisque nous la voyons, par exemple en mai, tout en exprimant la conviction qu'elle est innocente, tout en protestant obstinément de son innocence, chercher toujours à se démontrer

coupable. Pourquoi, si le rôle de la tare originelle n'était pas le principal, si l'idée de culpabilité n'existait pas préalablement pour ainsi dire à l'état latent chez elle, ne serait-elle pas amenée, comme le paranoïaque primitif, à protester uniquement, au contraire, contre les persécutions auxquelles elle est en butte et à tenter de les démontrer fausses au lieu de tendre, tout en protestant, à établir qu'elle les mérite.

Il ne saurait être question ici d'idées de culpabilité découlant d'hallucinations de l'ouïe (origine que leur attribuent encore maints aliénistes), car notre malade n'entend pas proférer les accusations, ne distingue pas d'accusations, malgré toute l'attention qu'elle prête aux discours de ses compagnes, mais elle dit interpréter simplement ces discours d'après les gestes ou les attitudes des personnes qui l'entourent : « Je ne les entends pas le dire, répond-elle lorsque nous l'interrogeons à cet égard, mais je vois bien qu'elles le disent ».

Le raisonnement déductif n'a donc qu'une part insignifiante dans la germination de l'idée de culpabilité, il n'influe que sur la forme que revêtira l'idée de culpabilité, le délire de culpabilité. Comme l'a déjà dit M. Séglas, sans avoir été bien entendu, « les déductions de l'aliéné ne sont pas la résultante d'un raisonnement aussi nettement conscient qu'on pourrait l'imaginer. Les troubles qui existent dans l'exercice volontaire de l'intelligence, dans la formation des idées, s'accompagnent d'un autre côté, et comme conséquence nécessaire, d'un certain degré d'automatisme psychologique, origine première des idées délirantes[1] ». C'est en vertu de son organisation originelle, de sa tare, que notre malade, pendant des semaines et des semaines, est obsédée par le besoin d'arriver à une idée *déterminée* de culpabilité, d'arrêter une idée de culpabilité. Comme elle doit ainsi fatalement aboutir à une forme d'idée de culpabilité, le rôle du raisonnement déductif est donc secondaire.

L'anxiété extrême, l'agitation à caractère de désespoir (*raptus mélancolique*) qui domine à chaque instant tant que la malade est aiguillonnée par le doute, par le besoin de donner une forme déterminée à l'idée de culpabilité qui germe en elle, le soulagement qu'elle manifeste lorsqu'elle croit avoir trouvé, l'accalmie relative qui persiste ensuite : voilà

[1] Séglas. *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 1895, p. 301.

tous les grands traits d'une obsession, c'est-à-dire d'un phénomène accusant incontestablement une influence originelle.

C'est de l'idée de culpabilité à l'état latent que procède l'obsession, besoin impulsif de développer cette idée, de lui donner une forme ; cette obsession, ainsi causée par l'idée latente de culpabilité, amène à son tour l'évolution ou plutôt la fixation de la forme de l'idée de culpabilité, et, son rôle accompli, nous la voyons s'effacer. Comment l'obsession conduit-elle à la fixation de la forme de l'idée de culpabilité ? La continuité et la durée de l'obsession finissent par produire une fatigue cérébrale qui a pour résultante un affaiblissement relatif de l'intelligence, une augmentation de la crédivité, par conséquent, et qui fait que la malade accepte enfin pour vérité la supposition obsédante : ainsi J... R... se dit d'abord que c'est peut-être pendant son sommeil qu'elle commet les actes dont on doit l'accuser, elle se le répète sans cesse et la conviction se substitue peu à peu au doute, à mesure que son intelligence fléchit par suite de la fatigue qui résulte de la continuité de l'obsession.

C'est évidemment la tare originelle qui donne l'orientation du délire, l'obsession, conséquence elle-même de cette tare et de l'idée préexistant à l'état latent, joue le rôle d'auxiliaire dans l'affirmation du délire, le raisonnement déductif ayant une influence plutôt secondaire, pour caractériser, par exemple, la note individuelle du délire, le brio du délire, suivant l'instruction, l'éducation, le fond intellectuel du malade. L'influence du milieu n'est, elle aussi, qu'accessoire *dans l'orientation générale* du délire, dans la détermination de ses caractères types ; s'il en fallait une nouvelle preuve, notre malade nous la donnerait encore : je la vois un jour de juillet plus déprimée que de coutume, refusant les aliments ; je l'interroge et je ne suis pas peu surpris, étant donnés son âge et le peu de durée de la maladie, de la trouver sous l'influence d'idées de négation que l'on ne rencontre généralement pas dans les conditions qu'elle présente : elle ne mange plus, dit-elle, parce qu'elle n'a plus d'estomac, plus de poitrine, etc. Je me demande si ces idées de négation ne seraient pas simplement communiquées par une voisine de dortoir, vieille mélancolique à délire de négation souvent exprimé à haute voix ; je sépare les deux malades, les idées de négation de la plus jeune disparaissent, elle accepte plus volontiers

les aliments. Bien qu'accessoire, l'influence du milieu mérite cependant une certaine attention, puisqu'elle pourrait avoir des conséquences fâcheuses, comme le montre encore ce fait (refus des aliments), après bien d'autres évidemment.

C'est, à mon avis, en s'attachant à distinguer surtout nettement les idées délirantes qui procèdent essentiellement de la tare originelle que l'on parviendra à établir enfin une classification rationnelle des vésanies proprement dites, des folies ne se rattachant à aucune affection physique et à déterminer enfin l'évolution de chacune. Ce n'est pas en attribuant, comme on le fait encore aujourd'hui, telle idée délirante à telle autre ou à telle hallucination qui l'ont précédée, en se laissant gagner par le mirage séduisant d'un enchaînement plus apparent que réel que l'on approchera enfin de la vérité. D'après ce que nous venons de voir chez J... R.... on ne peut pas conclure, de ce que les idées de persécution apparaissent primitivement plus bruyantes et plus manifestes, que ce sont elles qui causent l'idée de culpabilité, mais, à mon sens, elles contribuent à en faciliter l'éclosion et l'évolution, l'idée de culpabilité préexistant, à l'état latent, et constituant ainsi un des éléments fondamentaux du caractère mélancolique antérieur à l'aliénation mentale. De sorte que, même dans la mélancolie dite à délire de persécution, l'idée de culpabilité serait encore, malgré les apparences, une idée fondamentale.

Le caractère nettement obsessif des phénomènes qui président à l'évolution de l'idée de culpabilité, l'intensité, le relief des idées de persécution et la facilité avec laquelle notre malade adopte les idées délirantes d'une de ses compagnes m'amèneraient aussi, à l'encontre de la plupart des ouvrages classiques, à considérer la mélancolie dite à délire de persécution comme une variété de la dégénérescence.

---

Asiles d'aliénés. — *Nominations et promotions.* — M. le Dr Didr, médecin-adjoint à l'asile public d'aliénés de Rennes, est promu à la 1re classe du cadre ; — M. le Dr Papillou, médecin-adjoint à l'asile d'aliénés de Brou (Rhône), est élevé à la classe exceptionnelle du cadre à partir du 1er juin 1902 ; — M. Pichenot, médecin en chef à Montdevergues, est promu à la classe exceptionnelle à partir du 1er octobre 1902 ; — M. le Dr Bécue, médecin-adjoint à Lafond (Charente-Inférieure) est promu à la 1re classe du cadre.

# CLINIQUE MENTALE.

INFIRMERIE SPÉCIALE. — SERVICE DE M. PAUL GARNIER

## Contribution à l'étude de la folie communiquée et simultanée ;

Par MM. GUIARD et DE CLÉRAMBAULT,

Internes du service.

Nous allons maintenant raconter l'histoire de nos malades dans les hôtels :

A. *Existence nomade dans les hôtels.* — D, Où êtes-vous allées, en quittant la rue Letort ?

R. — Nous avons quitté la rue Letort le 28 janvier 1900, après avoir vendu nos meubles pour payer le terme, et nous sommes allées à l'hôtel lorsqu'on nous eut envoyé de province notre mensualité de 500 francs.

Dans le premier hôtel, nous sommes restées cinq semaines; après quoi nous avons changé tous les quinze jours, tous les huit jours, ou tout de suite, suivant notre degré de confiance.

Nous prenions d'ordinaire une chambre à la quinzaine, nous couchions toutes trois dans le même lit. Nous avions peur, livrées ainsi à des garçons d'hôtel.

Dans plusieurs de nos chambres, *les cheminées ont refusé de fonctionner* : une fois nous avons reconnu à l'eau *un goût de poison. C'est la rue Letort qui nous suivait : triste clientèle ! Nous n'avons jamais eu de tranquillité qu'en voiture.*

D. — Quelles sont les personnes qui, dans la rue, vous invectivent ?

R. — *C'est tout le monde. Tout le monde sait notre histoire.* On nous envoie des allusions, sans nous donner jamais d'explications : on fait exprès de ne pas préciser.

D. — Par exemple, quand vous approchez, quelqu'un murmure : « Tiens, les voilà ! »

R. (*Chorus*). — Oh ! les voilà ! Ce sont elles ! Vous l'avez bien trouvé. « *Les voilà !* » *C'est le mot de la foule parisienne.*

D. — Vous appelle-t-on aussi « Castors ? »

R. — C'est ce qu'on nous reproche d'être, *des « Castors ! »* On crie aussi, les *« Moines, les Condamnées à mort, l'armée du Salut, les trumeaux, les vieux tableaux, les trois dormeuses, les trois clocheuses les trois macchabées, à la Morgue ! »* Et les coups de sifflet ! Oui, ça trotte ! *Nous sommes les victimes de la gavrocherie parisienne.*

Les photographes courent devant nous ; des femmes nous suivent jusque dans les châlets publics : nous excitons la curiosité générale : nous sommes les victimes de la foule. *« Les voilà ! » C'est tout ce qu'on nous reproche.*

D. — Vous fait-on des reproches touchant votre conduite ?

R. — Jamais ! nous pouvons passer partout la tête haute.

Depuis la mort de notre mère, nous avons vécu d'affection mutuelle et d'habitudes mutuelles (*sic*).

D. — Mutuelles ? des habitudes ?

Annette (*à sa sœur*). Tu as là une mauvaise expression. Nous avons trois lits et nous ne couchons jamais ensemble. Quelle abomination ! On profite de notre situation !

D. — Pourquoi n'avez-vous pas été vivre en province ?

R. — Nous ne pouvions pas. Nous sommes des parisiennes. Nous n'avons pas quitté Paris depuis l'année du siège.

D. — Vous auriez été plus tranquille dans la banlieue ?

R. — Jamais nous ne sommes sorties des fortifications

B. *Existence nomade dans les fiacres.* — D. Depuis quinze mois, vous n'avez plus de domicile ?

R. — Au commencement, nous alternions la vie d'hôtel et les voitures. Pour ne pas rentrer à l'hôtel et pour ne pas dormir sur un banc, nous passions la nuit dans un fiacre. Maintenant nous avons renoncé aux hôtels. *Depuis trois mois nous habitons dans les fiacres. Nous avons cru bien faire*, en nous logeant ainsi. Nous voulions ne nous compromettre avec personne, je ne sais si nous avons réussi. Un fiacre n'étant pas un domicile, on ne pouvait se servir de notre nom (*sic*).

Dans les voitures, nous étions chez nous et la foule nous laissait un peu tranquilles.

Le matin, nous faisions notre toilette dans les châlets publics : nous mangions du pain sec, nous buvions aux fontaines, nous tâchions de passer les journées dans les musées et les églises : mais, même dans les bureaux d'omnibus, on ne nous supportait pas longtemps. *Quelquefois nous marchions douze ou quinze heures par jour, en attendant le moment du fiacre.* Le jour de l'An, à cause de la pluie, nous sommes restées debout sous les portes cochères.

A minuit seulement, par économie, nous prenions une voiture, que nous quittions le lendemain à 8 heures. Les aînées, comme de juste, prenaient les places de coin. Clotilde s'installait au milieu :

car avec ses grandes jambes, elle eût été gênante sur le strapontin. Parfois, pour quelques heures. on lui cédait un coin. *D'ailleurs, les coins aussi ont leurs inconvénients; si vous nous voyez ces torticolis, c'est pour avoir pris la forme des coins* (*sic*). Nous donnions l'ordre au cocher de ne pas sortir des fortifications, de ne pas arrêter devant les marchands de vin et de marcher au pas : moyennant quoi, il pouvait nous mener n'importe où. Clotilde s'endormait sitôt installée. Jamais nous n'avons été plus tranquilles. Jamais nous n'avons mieux dormi, jamais nous ne nous sommes mieux portées. On nous surnommait *les Dormeuses !*

Les cochers nous connaissaient bien. Quelques-uns nous offraient souvent de venir nous reprendre le lendemain, à la même heure, à la même place. D'autres nous ont proposé de nous faire crédit. D'autres nous faisaient des prix plus élevés : on voulait composer avec nous. Mais nous nous sommes toujours méfiées.

D. — Ils n'ont jamais tenté, la nuit, de vous conduire dans des lieux déserts, en dehors des murs ?

R. — Jamais. Quelqu'une veillait toujours. Dès qu'un cocher semblait suspect, on lui réglait son heure et le quittait. Nous avons perdu ainsi bien des heures. Mais nous avons eu bien souvent à nous disputer pour les pourboires. C'est vrai que sept ou huit heures de suite, droit sur un siège, c'est fatiguant. Mais aussi on verse cinq sous de supplément par heure, quand on n'arrête pas,..

D. — Vous n'avez pas eu d'accident ?

R. — Si, un cocher nous a versés, *par malveillance,* rue Saint-Antoine. Le fiacre s'est couché sur le flanc. Clotilde est sortie par la fenêtre. la première, et les autres ensuite. Là, on nous a appelées *trumeaux,* mais nous échappions, sans blessures !...

D. — Combien dépensiez-vous par nuit ?

R. — Tantôt seize francs, tantôt cinquante. Nous perdions beaucoup, par crainte des disputes. *Nous avons dépensé, en quelques mois, douze mille francs.* Mais on ne peut rien nous reprocher, nous n'avons causé de tort à personne, au contraire, nous faisions gagner les cochers. Nous dépensions vingt francs par jour pour ne pas être des vagabondes. Nous sommes tout au plus des nomades.

D. — A quel propos, votre dernière dispute ?.

R. — Il y a trois jours, n'ayant pas d'argent, nous avons pris, à crédit, pour une nuit, un cocher qui nous connaissait. Nous lui avons promis de le payer dès que nous aurions touché notre mois. C'était à lui de ne pas accepter. Nous aurions fait des lieues pour lui remettre son argent. Nous ayant aperçues ce matin, il s'est mis à nous injurier, et à nous suivre dans les petites rues, en traînant un rassemblement. Nous avons prié un agent de vouloir bien disperser la foule. Il nous a conduites au commissariat *pour avoir été injuriées.*

Durant leur séjour au Dépôt les trois sœurs formulent, à divers moments des interprétations délirantes : d'abord, au sujet du juge d'instruction ; ensuite au sujet de l'aumônier. Ce dernier leur ayant adressé quelques questions jugées, par elles, offensantes, devient un persécuteur déguisé. « Pourquoi nous a-t-on engagées si fortement à aller le voir ? Pourquoi est-il venu nous trouver dans notre chambre, au lieu de se tenir dans la chapelle? Pourquoi nous parler de notre commerce et ne pas dire un mot de religion ? Il a l'air trop jeune pour un aumônier. Il n'a pas vingt-deux ans. *C'est un faux aumônier.* »

En entrant à l'infirmerie spéciale, elles voient tout de suite une persécutrice dans la femme de service qui les fouille, et s'inquiètent de ce qu'on ne leur permet pas de signer toutes les trois l'inventaire. En entrant dans le quartier des femmes, elles entendent toutes trois en même temps les exclamations habituelles : *Les voilà ce sont les moines! voilà les dormeuses, voilà les clocheuses*, et enfin *les voilà sous clefs !*

Par manière de protestion, elles refusent de boire et de manger : puis Annette ayant dit : « Nous ne sommes pas les plus fortes », elles demandent elles-mêmes leur repas. C'est à ce propos que la religieuse de service auprès d'elle fait cette remarque : « Annette est leur sœur supérieure ».

Leur demande-t-on d'écrire un résumé de leur vie, Jeanne et Clotilde consentent mais Annette les dissuade « parce que ce n'est pas l'affaire d'un jour et qu'on les retiendra trop longtemps.

A la même demande, qu'on renouvelle plus tard, après les avoir séparées, Jeanne répond, ainsi que Clotilde : « J'écrirai si Annette écrit ; » Annette oppose un refus formel. Elle craint que ses autographes ne puissent servir contre elle. Comme on lui représente qu'une protestation pourrait activer sa sortie, elle répond : « Je n'écrirai pas, quand même vous me garderiez quinze jours. Puisque vous m'enfermez sans motifs, il est inutile que je m'adresse à votre justice ».

Clotilde également persiste dans son refus. Quant à Jeanne, comme nous l'assurons que ses deux sœurs sont en train d'écrire, elle consent à rédiger quinze lignes sous la forme d'une protestation. Dans la cellule voisine, Annette ayant compris qu'on l'influence crie « Jeanne n'écris pas, je n'écris rien. » Mais Jeanne occupée, n'entend pas et on ferme promptement les guichets.

Quand Annette et Clotilde la revoient, elles lui adressent des reproches mêlés d'un certain mépris et lui interdisent désormais d'adresser la parole à l'interne, « à ce bourreau qui pratique la fortune morale ». Elle ne cherche pas à se défendre, d'ailleurs, mais à la promesse de sortir la première, elle répond avec décision. « L'une ne sortira pas sans l'autre ».

Comme on les prie de se laisser conduire à l'atelier de photo-

graphie elles répondent : « Nous ne voulons pas ; nous l'avons, notre photographie. Nous l'avons commandée chez un grand photographe, mais nous ne sommes jamais allées la chercher. (*Chorus*). Si, si, c'était en groupe, en groupe ! D'ailleurs nous sommes sales, laides et vieilles. *Nous ne voulons pas de publicité.* Nous n'en n'avons déjà eu que trop. Nous ne sommes que des femmes pot-au-feu et nous voulons rentrer dans l'ombre. » Toutefois comme on vient es chercher, Annette répond : « Vous êtes les maîtres. » Et quand elles sont devant l'appareil, elle engage ses sœurs à se bien tenir.

Revues à l'Asile clinique, dans le service de M. le Dr Magnan, huit jours après, elles sont encore sous l'impression de leurs persécutions passées sur lesquelles elles donnent volontiers quelques détails complémentaires.

Annette proteste contre leur internement. Nous n'avons pu savoir rien de précis quant à leurs hallucinations.

Trois semaines plus tard, Jeanne et Clotilde, revues seules, ont paru en voie de guérison. « Si nous entendions quelque chose, ce seraient des hallucinations, car ici on nous laisse tranquilles. Les gens sont ici très convenables et nous ne demandons qu'à rester ici jusqu'à la fin de nos jours ou presque. »

Comme nous répondons que la pièce où nous sommes n'est pas très éloignée de la rue, elles nous assurent qu'elles ne le croient pas et qu'on y est, en tout cas, parfaitement à l'abri. En outre, on nous apprend que l'aînée aurait dit récemment au chef : « Peut-être bien nous sommes-nous exagéré les choses ».

Un événement très important avait eu lieu dans l'intervalle. L'une des trois, Annette, était morte. Il est permis de penser que l'extraordinaire régime auquel la vie errante les avait soumises, et les émotions de leur perpétuelle fuite, qu'elle avait ressenties le plus vivement, avaient usé sa résistance : toutefois, telle était sa vigueur morale, qu'en pleine infection bacillaire et moins de trois semaines avant la fin, elle donnait, par toutes ses allures, l'impression de la santé physique.

Nous devons ajouter, il est vrai, que la forme de bacillose à laquelle elle a sucombé n'était pas la forme consomptive (pneumonie caséuse).

Au début de la période aiguë, ses deux sœurs la soignaient alternativement : pendant les deux derniers jours, la sœur aînée usa de son autorité pour éloigner la plus jeune, la jugeant sans doute trop émotive et elle la fit rappeler seulement lorsque l'agonie approcha.

Lorsque nous revîmes Jeanne et Clotilde, elles ne mêlèrent à l'expression de leur chagrin aucunes réminiscences de leur vie délirante : elles oublièrent même la rancune qu'elles avaient eue contre l'un de nous quand nous voulûment les questionner sur

divers points de leur aventure, leur attitude se modifia suivant les principes de chacune. La plus jeune, quoique à regret, nous donna des explications. Mais l'aînée rentra dans sa dignité, nous trouvant très indélicats de lui imposer un travail d'esprit dans un moment de douleur morale (*sic*). Elle a fait en outre valoir que les incidents en question sont *trop ridicules* pour que nous avions le droit de lui en parler devant témoins (elle appelle témoins des enfants destinés à partir sous peu et la sous-surveillante du service). Enfin une méfiance, à peine maladive, lui inspire ce dernier prétexte « qu'on peut nous écouter dans la pièce voisine. »

Il est possible qu'à l'accalmie constatée lors de nos visites fasse suite une reprise du délire. Dans ce cas, la rémission serait due à la maladie de l'une d'entre elles, au deuil, au besoin de sympathies, à une reconnaissance très vive pour les bontés de diverses personnes non encore prises en suspicion : autant de dérivatifs psychiques. Mais nous croyons plutôt que le délire a été attaqué dans ses sources, d'abord par le changement de milieu, ensuite par l'isolement partiel des trois unités délirantes, tel qu'il a été institué.

Observation II. — *Folie communiquée par la mère à son fils. Psychose d'ancienne date chez la mère. Transmission au fils du délire maternel. Eclosion chez le fils d'une deuxième psychose, indépendante de la première.*

Le 25 mars 1902, était conduite à l'infirmerie spéciale du dépôt, Mme Eulalie-Hortense J..., âgée de soixante-deux ans. D'une physionomie intelligente et vive, aimable et loquace, elle s'étonne de ce que nous ne la connaissons pas, « elle, dont on parle tant, qu'on persécute tant, elle, l'auteur d'un livre célèbre, les *Planètes Rocheuses*. »

Son élocution abondante, la multitude de ses idées, de ses raisonnements, de ses preuves indiquaient un délire d'ancienne date. Elle l'exposait devant nous sans réticence et avec une absolue conviction. Délire ancien, puisque nous le verrons remonter à 1893, mais bien plus ancienne apparait l'aptitude délirante, la constitution paranoïaque, comme en témoigne l'histoire de sa vie.

« Ma mère, nous dit-elle, morte de la poitrine à vingt-deux ans, était une femme remarquable. Elle écrivait des vers qui, malheureusement, n'ont jamais été publiés, et bien que simple paysanne, elle était d'une érudition universelle.

» Mon père, ouvrier ajusteur à l'arsenal maritime de Cherbourg, était un savant, un inventeur qui découvrit des procédés

nouveaux pour la construction des navires ; mais on les lui vola et il ne put jamais en tirer profit. Ma sœur, morte aussi de la poitrine, était une femme de salon d'un très grand esprit. »

Elevée dans un tel milieu, Eulalie-Hortense ne pouvait être qu'une enfant précoce, mais sa précocité fut effective, car elle était surtout *forte en style* et ne sut jamais « apprendre à faire une règle » (*sic*).

Grande liseuse, elle aimait surtout l'histoire, l'histoire grecque et latine, l'histoire de France. De bonne heure, la philosophie l'attira. Elle écrivit des pensées, des théories sur le monde et sur la vie ; mais elle brûlait ses écrits, au fur et à mesure, n'osant pas les lire à autrui, par crainte de n'être pas comprise, et elle composa la valeur de plusieurs volumes qu'elle fit ainsi disparaître.

A vingt ans, elle épousa un mécanicien, et, bientôt veuve, elle se remaria à vingt-six ans, avec M. J..., garde forestier. Elle adorait celui-ci, et en attendant son mariage, elle donna libre cours à son ardeur épistolaire en envoyant chaque jour plusieurs lettres à M. J..., qui déclarait : « C'est étonnant. on croirait lire un écrivain ! »

Ce fut une période de bonheur parfait, puis vint la guerre, le siège, et M. J..., sorti un jour de Paris pour porter des dépêches, disparut : fusillé par l'ennemi ou noyé dans la Seine, on ne le sut jamais. Mme J... resta veuve, et gratifiée d'un bureau de tabac et d'une petite pension, elle vécut à Paris où elle éleva ses trois fils.

Deux moururent encore jeunes. Le chagrin qu'elle en éprouva, le mystère qui entourait la mort de son mari, évènement qui l'avait beaucoup frappée, ravivèrent ses préoccupations philosophiques et sociales. Elle écrivit alors les *Drames de ma vie*, récit de ses peines et de ses tourments, mais qu'elle ne publia pas et qui ont resté chez elle en manuscrit ; puis, en 1893, les *Planètes Rocheuses, son œuvre capitale, glorieuse, et la cause de tous ses malheurs.*

Déjà enviée et suspectée « comme titulaire d'un bureau de tabac et pensionnée du gouvernement, » dès qu'apparut ce livre « qui souleva l'enthousiasme du monde entier, » une formidable coalition se forma dans le but de lui arracher son œuvre. L'éditeur vendit son livre aux puissances étrangères, le gouvernement en trafiqua, et malgré tous les efforts de leur auteur, les *Planètes Rocheuses* furent attribuées à d'autres écrivains qu'elles enrichirent ; *elles révolutionnèrent le monde* à la gloire de ces imposteurs. Elle en a trouvé des passages dans quantité de livres !

« *Flammarion l'a plagiée* » ; elle reconnait bien ses idées et son style.

Dès lors, les persécutions ne cessèrent pas. Depuis 1893, elle eut à se défendre contre une foule d'ennemis qui, par tous les moyens possibles, continuaient leur œuvre de destruction, car il

ne s'agissait de rien moins que de les faire disparaître, elle et son fils et suivant son expression, « *de les détruire aux Archives* » :

Plus d'état civil, plus de nom, plus d'existence légale, tel était leur but et ils ne craignaient pas, pour y arriver, d'employer les procédés les plus extraordinaires. Toutes les affaires sensationnelles qui se succèdent en France et à l'étranger la concernent. L'affaire Dreyfus, les procès de Cornulier et Monnier, la Haute-Cour, Fachoda, le voyage du tzar en France, etc., etc., ne sont que des prétextes, des mises en scènes, des *conventions* qui cachent sa véritable histoire et dont elle est, au fond, l'héroïne, sous ces noms d'emprunt qu'elle n'a pas de peine à démasquer.

Il est assez difficile de la suivre dans le dédale de ses explications; mais l'idée générale qui s'en dégage, c'est que dans toutes ces affaires, c'est elle qu'on voulait condamner, qu'on voulait atteindre, toujours *pour la détruire aux Archives*, ainsi que son fils. Dans l'affaire Dreyfus, par exemple, ils ont été condamnés, puis réhabilités : le colonel Henry n'était qu'un faux colonel qui a voulu se substituer à M. J..., véritable héros, lui. Elle est allée à Rennes où elle fut interrogée par le commissaire de police qui lui déclara « que c'était bien son procès, en effet, que l'on jugeait. »

Condamnés dans l'affaire Monnier, ils ont été acquittés dans l'affaire Cornulier. Le tzar est venu en France pour les défendre; *les Boers ce sont eux, la mère et le fils*, qui luttent pour vivre encore, pour avoir un nom et une patrie.

A côté de ces idées de persécution, mais écloses en même temps qu'elles, sont apparues des idées de grandeur. Elle est *le parallèle du Christ, le Prophète;* on lui doit six millions. Elle est la représentante du peuple et ses œuvres valent toutes les mines d'or du Transvaal.

Elle paraît avoir eu un peu d'hallucinations et celles-ci auraient surgi surtout au moment des paroxysmes délirants. Dans la maison où elle habite depuis plusieurs années, elle a entendu quelquefois les voisins dire : « La voilà ! celle qui a volé ! » Un certain G.... magistrat révoqué, et qui était son voisin, l'insultait et disait : « C'est celle-là qui a volé son livre. » Elle a entendu aussi : « Elle est le parallèle du Christ ! le prophète ! Nous n'avons jamais vu de femme comme Mme J... »

Elle dit avoir eu des *apparitions*. Les *Planètes Rocheuses* ont été écrites à la suite d'une vision, dans laquelle elle aperçut les planètes couvertes de rochers au milieu des nuages qui s'écartaient : sur ces planètes des hommes passaient, nus et montés sur des chevaux qui se cabraient. Des femmes chantent. C'est le bonheur. A côté de cette planète, *planète première*, il y a les *planètes secondaires* où l'homme est moins heureux, et la Terre enfin qui est l'enfer à cause de tous les maux que nous souffrons. Telle est l'idée des *Planètes Rocheuses* « livre métaphysique et philosophique. »

Elle avoue avoir eu ainsi deux visions, la première en 1885, la deuxième avant d'écrire les *Planètes*. Peut-être s'agit-il là de véritables troubles sensoriels, peut-être de simples rêves, embellis par son imagination, comme tentraient à le faire croire le vague et la complexité des images.

Actuellement, après tant de luttes et de misères, l'heure du triomphe va-t-elle sonner ? Elle n'en n'est pas sûre, elle attend et voici ce qu'elle demande : « Qu'on lui rende son mari — dont la mort mystérieuse et suspecte n'est rien moins que certaine, — son nom,... une patrie,... puisqu'elle est rayée des archives, l'indemnité qui lui revient de droit sur ses deux ouvrages, une réhabilitation d'honneur, ses œuvres !... »

Des revendications si nombreuses et si importantes ne l'ont pourtant pas conduite à des réactions dangereuses.

Malgré la longue durée de son délire, elle n'a jamais désigné nominativement ses persécuteurs. G... est le seul qu'elle ait nommé. elle ne comprend pas qu'on lui ait fait tant de mal, elle qui souhaite le bonheur universel et l'union sur la terre.

Elle nous avoue qu'elle a songé une fois à acheter un revolver, mais pour effrayer, simplement, et ce ne fut qu'une pensée fugitive.

En revanche, elle a envoyé de nombreuses pétitions au Parlement, aux présidents de la Chambre et du Sénat, au président de la République ; elle a envoyé les *Planètes rocheuses* à tous les souverains d'Europe. A plusieurs reprises, elle a fait coller sur les monuments publics de Paris de grandes affiches rouges où elle exposait ses malheurs et ses protestations. Les passants s'arrêtaient, étonnés, et lisaient ces incohérences, les uns souriants, les autres sérieux, quelques-uns peut-être convaincus.

Elle collait aussi ses affiches sur les murs de sa maison. Elle vivait très retirée, misérablement, avec son fils, car les affiches coûtaient cher et le bureau de tabac avec la petite pension ne rapportaient guère plus de 1 500 francs.

En présence d'un tel complexus symptomatique nous pouvons, croyons-nous, porter le diagnostic de psychose à base d'interprétation délirante chez une personne prédisposée par son hérédité et sa constitution psychique : l'incohérence des troubles délirants, la coexistence des idées de persécution et de grandeur, l'absence d'évolution, enfin l'hérédité éliminent la psychose systématique progressive. Mais l'intérêt de cette observation réside moins dans sa symptomatologie que dans le fait de la transmission de ce délire de la mère à son fils qui fut amené en même temps qu'elle à l'infirmerie spéciale.

Agé de trente-sept ans, tête blonde d'artiste aux longs cheveux, paraissant bien constitué physiquement, mais le regard atone, l'air triste et fatigué, J... fils se présente dans l'attitude d'un mé-

lancolique. Il paraît profondément débile et ne répond que lentement, avec effort aux questions qu'on lui pose. Il partage les convictions de sa mère et son délire est celui de Mme J..., stéréotypé. Il le débite comme une leçon apprise par cœur, et se contente de répondre, sur un ton monotone, quand nous lui exposons les idées de sa mère : « Très bien, c'est cela, très bien. »

L'affaire Dreyfus, c'est son affaire. Il a été jugé sous le nom de Monnier, de Cornulier. On a voulu remplacer son père par le colonel Henry ; son père et lui ont été détruits aux archives, les *Planètes rocheuses* ont été vendues des millons, etc., etc.

Il est d'accord sur tous les points avec sa mère qu'il n'a jamais quittée. Il était son seul confident et le délire de la mère, incessamment répété, s'est imprimé facilement dans ce cerveau sans défense qui ne lui opposait jamais l'effort personnel d'un raisonnement.

Tout au plus J... protestait-il quand l'idée délirante le choquait trop brusquement par son invraisemblance et son énormité. Un jour, lisant un journal il parlait de la guerre du Transvaal, sa mère s'écria : « Comment, tu lis le journal et tu ne vois pas que c'est nous les Boërs. Ils veulent un nom et une patrie. La guerre du Transvaal, c'est notre guerre. Nous défendons notre indépendance. On veut nous anéantir. » — « Cela n'est pas possible, » répondit-il. — « Mon pauvre enfant, tu n'es pas inspiré ; tu ne comprends rien. » Et le fils de concéder à sa mère qu'elle avait raison.

En nous racontant cette scène, Mme J... ajoutait : « Le pauvre garçon, il n'est pas intelligent, il n'est pas inspiré ; je suis obligée de tout lui expliquer. De lui-même, il ne comprend pas. »

Elle a donc pu communiquer sans peine à son fils tout son délire : ici, l'élément actif, la mère, n'a rencontré aucune résistance et non seulement le contenu du délire, mais son expression verbale se sont transmis intégralement à l'élément passif, le fils.

Mais à côté de cette psychose communiquée, J... a présenté des idées de persécution, qui, ne rentrant pas dans la folie maternelle, ont été considérées par Mme J... comme le trouble d'un cerveau malade, à tel point qu'elle a demandé des soins « pour son pauvre fils, qui perdait la tête. » « Il a des idées noires, dit-elle, il ne sait plus ce qu'il fait et il a grand besoin d'être soigné. »

Depuis quelque temps, en effet, J... était tombé dans un état mélancolique qui semble avoir été la conséquence de privations et de déboires.

Artiste peintre, il ne pouvait vendre aucun tableau : aussi était-il découragé et se plaignait-il à sa mère que tout le monde lui en voulait : on refusait partout ses œuvres ; on disait du mal de lui pour l'empêcher de gagner sa vie et il fit une tentative de suicide qui nécessita son envoi à l'infirmerie spéciale. Sa mère y

fut conduite en même temps que lui, car ils s'étaient barricadés dans leur chambre où le fils avait mis le feu et on dut employer la force pour les emmener.

En résumé : délire communiqué par la mère à son fils, avec cette particularité que celui du fils fut la reproduction complète et absolument passive de celui de la mère, puis délire propre du fils, divergent, évoluant pour son propre compte, sur un terrain tout préparé.

III. — Dans la première observation, le délire est survenu simultanément chez trois sœurs, sous l'influence des mêmes causes ; mais la part de chacune d'elles dans l'association n'est pas égale. La cadette est manifestement la plus active, la plus soupçonneuse. Son esprit est toujours tendu et méfiant et il est visible qu'elle conduit le délire ; les deux autres jouent un rôle plus effacé.

Dans la deuxième observation, le délire est communiqué par une mère à son fils, être débile et subjugué ; celui-ci est bien réellement aliéné et nous n'oserions déclarer qu'il guérira, la gravité du pronostic étant tirée du terrain sur lequel s'est développée la psychose.

On voit que les idées de persécution jouent le principal rôle dans ces deux délires : c'est en effet la règle. L'idée de persécution se développe facilement au milieu des conditions déprimantes de toutes sortes et surtout de la misère « et la folie à deux est surtout le lot des malheureux ; on comprend, sans qu'il soit nécessaire d'y insister, que deux infortunés, ruinés par des privations, seront, eux aussi, dans les mêmes conditions exceptionnellement favorables pour échafauder en commun un délire de persécution, ou pour considérer comme vrai un délire de ce genre, enfanté isolément par l'un d'eux[1]. »

Nous pouvons donc conclure que la division en folie communiquée et folie simultanée est légitime et répond à la réalité des faits. Utile pour le groupement nosographique, elle présente encore cet avantage très appréciable en psychiatrie, d'une terminologie précise. Si elle ne s'accommode pas toujours à la diversité de la clinique, c'est qu'ici comme partout ailleurs, il y a des cas intermédiaires.

N'oublions pas d'ailleurs selon la juste remarque de

[1] Morandon de Montyel, *loc. cit.*

Lasègue et Falret, « qu'il s'agit là d'une des formes de l'aliénation, intermédiaires entre la raison et la folie et qui exemptes de troubles physiques caractérisés ne se prêtent qu'à une analyse psychologique. Les observations empruntent à la nature de la maladie un aspect tout particulier et ressemblent plus à des études de mœurs qu'à des observations médicales. »

---

# RECUEIL DE FAITS.

---

## Contribution à l'étude de l'idiotie morale et en particulier du mensonge comme symptôme de cette forme mentale ;

Par BOURNEVILLE et J. BOYER

Voici une nouvelle observation relative au *mensonge* chez les enfants atteints d'idiotie morale qui complète, à divers égards, celle que nous avons publiée dans les *Archives de Neurologie* (1902, n° 76, p. 287).

OBSERVATION II. — IDIOTIE MORALE. ARIÉRATION INTELLECTUELLE.

SOMMAIRE. — *Père, rhumatisant, déséquilibré. — Grand'père paternel, rhumatisant, alcoolique, épileptique, mort interné en démence.— Mère, rhumatisante, affection cardiaque, goître exophtalmique probable ; caractère irascible, menteuse. — Deux tantes maternelles atteintes de goître exophtalmique* (?). *— Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 6 ans* (père plus âgé).

*Conception, grossesse, accouchement, naissance, rien de notable. — Retard de la dentition, de la marche et de la parole. — Gâtisme jusqu'à 6 ans. — Sévices fréquents. — Caractère sournois. — Menteuse « depuis qu'elle a commencé à parler. » — Kleptomanie. — Paresse. — Fugues. — Accusation de viol contre son père. — Description de la malade à l'entrée. — Détails sur les attouchements paternels* (?). *— Versatilité du caractère. — Evolution de la puberté. — Réglée à ans. — Amélioration progressive. — Placement comme domestique.*

Tar. (A.), née le 7 octobre 1882, est entré à la Fondation Vallée, le 17 août 1896.

*Père*, cinquante-six ans, cordonnier. Pas de convulsions de l'en-

fance. Fièvre scarlatine à quatre ans; fièvre muqueuse à douze ans; bronchite capillaire à quarante-cinq ans ; très rhumatisant, douleurs continuelles dans les bras, dans les jambes, aux articulations, gonflements fréquents et douloureux l'empêchant de se servir des mains ; herpès à quarante-six ans ; quelque temps après chute brusque des poils de la moustache, qui repoussèrent plus tard ; pas de maladie nerveuse, ne boit pas, ne fume pas ; migraines, il y a une dizaine d'années, disparues depuis ; à la suite de contrariétés ces migraines duraient cinq à six jours et étaient accompagnées de vertiges et de « mouches volantes ». Depuis quelques années, sa vue a baissé. Veuf à cinquante-trois ans ; ne s'est pas remarié ; a vécu par périodes avec une ancienne malade de la Salpêtrière, « alcoolique et noceuse ». Vit actuellement avec une autre femme. — *Grand-père paternel,* mort en 1869 ; rhumatisant ; avait des picotements et des *tremblements* continuels ; *buvait beaucoup*, surtout de l'absinthe et de l'alcool ; avait de continuelles pertes de mémoire, des « accès » durant lesquels il semblait perdre l'intelligence et qui duraient quelques heures. *Epilepsie acquise.* Il est entré à l'Asile clinique, d'où il a été dirigé sur Bicêtre : y est resté cinq mois, puis a été transféré à Pont-l'Abbé-Picauville où il est mort en démence [1]. — *Arrière-grand-père paternel,* mort en Savoie, à soixante-dix ans. — *Arrière grand'mère paternelle,* aucun renseignement.

*Mère* morte à l'âge de quarante-sept ans; rhumatisme chronique; avait les doigts volumineux; bossue, une épaule plus haute que l'autre ; avait des *vertiges* : pendant quelque temps elle perdait la respiration et s'évanouissait. Affection cardiaque. Goitre exophtalmique probable; caractère irascible, emportée « menteuse à l'excès ». — *Grands parents maternels,* pas de renseignements. — *Grand-oncle maternel* bien portant ; *deux tantes maternelles* ayant présenté, semble-t-il, un goitre exophtalmique (?) ; *un oncle et une tante maternels* morts en bas âge, on ne sait de quoi. Ni aliénés, ni épileptiques, ni difformes, ni suicidés, ni prostituées dans le reste de la famille maternelle.

Pas de consanguinité (père savoyard, mère luxembourgeoise). — Inégalité d'âge de six ans (père plus âgé).

Deux enfants: 1° Notre malade. — 2° Garçon, mort à vingt mois : athrepsie, rachitisme (ne pouvait se tenir sur son séant), bronchite finale.

Notre malade. — *Conception* : préoccupations d'argent et fréquentes querelles entre les époux. — *Grossesse* : bonne, pas la moindre indisposition, ni syncopes, ni malaises d'aucune sorte. —

[1] M. le Dr Viel nous a écrit que Tar... (Louis) était arrivé avec le certificat « Epilepsie » et qu'il a succombé à une *congestion cérébrale.*

*Accouchement* : à terme, facilement; présentation du sommet; quantité d'eau normale.

*A la naissance* rien de particulier : pas d'asphyxie, l'enfant a crié aussitôt ; était mince et petite. Elevée au biberon (lait de vache), sevrée à dix-huit mois ; brûlures de la face à quatorze mois, qui ont laissé des cicatrices; plus tard, à l'école, ses camarades se moquaient d'elle, ce qui l'irritait. — 1re dentition en retard. — Parole à vingt mois ; marche à vingt-un mois. Gâtisme jusqu'à six ans ; aurait été propre du jour où son père, pour la corriger, lui aurait mis le nez dans ses excréments.

A quatre ans, elle a successivement la variole, la rougeole et la scarlatine, mais sans aucune complication. Le père aurait cependant remarqué que l'enfant marchait ensuite « courbée en dehors, et le pied légèrement devié ». Cet affaissement et cette déviation se manifestent encore par périodes. Chutes nombreuses. Gourmes fréquentes : les plaies de sa tête étaient longues à guérir ; engelures depuis son plus jeune âge ; l'enfant a été souvent battue, mais les sévices n'ont jamais eu de conséquences visibles; ne pleurait même pas ; du reste n'a jamais pleuré avant l'âge de treize ans ; à cet âge-là, accès de cris, pour attirer l'attention sur elle. — A mangé de façon dégoûtante jusqu'à l'âge de douze ans, elle mâchait sans avaler, rumination (?). — Dès sa première enfance, aucun jouet ne l'intéressait, elle passait des journées à enrouler autour de ses doigts des bouts de fil, des morceaux d'étoffe qu'elle déchiquetait, des morceaux de papier qu'elle « coupassait ». — A toujours eu un caractère doux, mais fourbe et sournois, menteuse, du reste a menti du jour où elle a parlé. — A été en classe de quatre à treize ans : ses maîtresses la trouvaient intelligente, mais paresseuse et incapable de bonne volonté. A la mort de sa mère (1893) ses défauts et ses vices, mensonges, vols, se sont accentués d'une manière prodigieuse, surtout depuis qu'elle a fréquenté les ateliers. Elle commettait de petits larcins, et pour se disculper disait que c'était parce qu'elle manquait du nécessaire chez elle. Un jour, elle vole à sa tante un porte-monnaie contenant 20 francs, en dépense 2, et raconte à son père que son cousin, sa cousine, sa tante lui ont donné, l'un 10 francs, l'autre 5 francs, l'autre 3 francs. Une autre fois, on l'envoie à la poste avec six lettres non affranchies et 2 francs ; elle garde l'argent et fait partir les lettres ; comme les destinataires se plaignent dans la suite, elle affirme qu'elle les a affranchies, puis avoue qu'une de ses amies, en la bousculant, lui a fait perdre l'argent. Peu à peu elle ne veut plus travailler ; elle se fait renvoyer de partout à cause de sa paresse et de ses mauvais propos ; fait des contes insensés pour expliquer ses erreurs de comptes d'argent ; un jour, craignant d'être corrigée par son père, elle ne rentre pas, disant partout qu'on l'avait mise à la porte ; elle est arrêtée pour vaga-

bondage et dit au commissaire qu'on la battait chez elle. Elle ment sans cesse, dit à son père qu'elle va travailler et n'y va pas. Chez elle, elle brise tout, pour se venger, nous dit le père, des reproches et des corrections qu'elle encourait. Elle perd l'argent qu'on lui confie, parle mal de son père à tout le monde et finit par le dénoncer au commissaire de police comme ayant avec elle, depuis trois ans, des rapports sexuels. Comme elle se contredit dans ses réponses, le commissaire se méfie, fait appeler le père et le met en demeure de faire visiter sa fille par le docteur D. ; l'examen médical constate que l'enfant est intacte.

A la suite de ces faits, Albertine est placée à l'Asile clinique, d'où elle est envoyée à la Fondation Vallée, le 18 août 1896.

ETAT ACTUEL PRIS A L'ENTRÉE. — Air de santé, expression intelligente. Cheveux châtain clair. Pas de ganglions. Crâne de volume moyen, symétrique, ni bosses, ni fontanelles ; front assez élevé. — Forme du visage ovale. — Cicatrice de brûlure très étendue existant à la partie supérieure du front et s'étendant de chaque côté des joues, jusque sur le menton et le cou. — Arcades sourcilières peu marquées. — Les paupières s'ouvrent et se ferment bien. — Fentes palpébrales allongées dans le sens transversal ; sourcils peu abondants. Cils de coloration plus foncée que les cheveux. — Orbites peu excavés. — Yeux mobiles, ni exophtalmie, ni strabisme, ni paralysie ; iris bleu ; pupilles réagissant bien ; l'acuité visuelle est bien développée, pas de rétrécissement du champ visuel. — Nez, un peu aplati, surtout à la partie inférieure, lobule assez gros, pas de déviation. — L'odorat est bon. — Les pommettes sont peu saillantes, régulières. — La bouche est de forme transversale ; la lèvre inférieure volumineuse et épaisse ; dentition normale. — La voûte du palais est bien constituée. — La langue est large, sans tremblement de la pointe. — Les amygdales sont peu volumineuses. — Le goût est normal. — Le menton est allongé, assez bien fait. — Les oreilles sont décollées, le lobule est peu développé.

*Cou* : Circonférence : 26 centimètres. — Corps thyroïde appréciable.

*Membres supérieurs* bien conformés ; sensibilité bien conservée. — *Membres inférieurs* également bien conformés ; réflexes patellaires normaux.

*Thorax*, pas de déformation. Percussion et auscultation, rien d'anormal. — *Abdomen* régulier ; région anale naturelle.

*Puberté* : quelques poils au niveau du pubis ; grandes lèvres peu développées ; clitoris, peu visible ; petites lèvres triangulaires ; hymen intact, triangulaire ; fourchette normale.

Traitement : douches et bains ; sirop de fer ; huile de foie de morue ; gymnastique ; travaux scolaires ; travaux manuels ; traitement moral.

Des observations prises au jour le jour, nous relevons les détails suivants : Albertine n'a pas le regard franc, elle baisse toujours la tête quand on lui parle ; très peu expansive ; est loin d'être timide ; parait (?) avoir un bon caractère, aime à rendre service ; courageuse ; réservée dans ses propos ; s'entend bien avec ses compagnes ; mais peu affective ; ne témoigne pas sa sympathie ; parle de son père qu'elle semble aimer ; elle raisonne assez bien, se rend compte de tout, très avancée pour son âge.

Il a été difficile au début du traitement d'obtenir d'elle une confidence quelconque ; peu à peu, elle se laisse aller et raconte avec des détails, qui font supposer une réelle expérience, que son père avait des rapports avec elle depuis plus de trois ans. « Lorsque ma mère allait livrer son travail, papa se nettoyait devant moi, puis levait sa chemise et il me prenait la main pour me faire tenir sa verge toute raidie et bien dure. Il me mettait sur son lit, en m'appelant sa petite chérie. Il me l'enfonçait jusqu'à ce que cela me fasse mal ; il l'avait énorme, alors il se tenait à une certaine distance et se contentait de me frotter et de me chatouiller avec ». Après, avait lieu le nettoyage, pendant lequel le père faisait des menaces si elle s'avisait jamais de raconter ce qui se passait.

Albertine aurait été poussée à se plaindre au commissaire par des voisines, qui remarquant qu'elle avait les yeux cernés lui auraient demandé si elle ne « s'amusait pas toute seule ». « On dit que je mens, c'était forcé, bien sûr on croira papa, qui voulez-vous qui sache lequel des deux ment, il n'y avait pas de témoins ! » D'après le père, ces femmes qui l'auraient ainsi poussée à faire ces racontars au commissaire, avaient eu des discussions avec lui au sujet d'un pot de fleurs tombé d'une fenêtre qui avait failli l'atteindre. La plainte avait une apparence de fondement sur ce fait qu'un soir d'hiver en rentrant tard, il avait fait coucher la petite avec lui, un quart d'heure, pour la réchauffer. De plus Albertine aurait travaillé dans un atelier où une apprentie avait la réputation de coucher avec son père.

En janvier 1897, le caractère d'Albertine après avoir été jusque-là docile et sociable, se modifie ; elle s'emporte souvent, elle bat ses camarades, en sournoise, guettant toujours pour voir si on l'aperçoit. En dehors de cela, va bien, travaille en classe, au repassage et au ménage. — *Puberté* : aisselles glabres, seins dessinés, diamètre transversal 11, diamètre vertical 7, des deux côtés ; aréoles accusés ; quelques poils au pénil, grandes lèvres peu développées, petites lèvres triangulaires, n'occupant que la moitié supérieure de la vulve, clitoris peu développé, méat urinaire difficile à apercevoir, fourchette saillante, hymen triangulaire, région anale normale. — Apparition physiologique des règles en février.

1898. *Janvier*. — Se montre très indisciplinée et aussi très grossière. — *Puberté* : les seins se développent, diamètre transversal.

13 des deux côtés, diamètre vertical 9 à droite, 8 à gauche. Règles en avril, juin et juillet.

*Juillet.* — Amélioration légère. Est peu communicative avec le personnel, mais bavarde sans cesse avec ses camarades, sans se disputer comme autrefois. A soin de plusieurs fillettes, plus jeunes qu'elle. — *Puberté* : quelques poils rares sous les aisselles ; hymen triangulaire à orifice frangé. Les règles se produisent tous les mois à partir de juillet 1898.

1899. *Janvier.* — L'amélioration se confirme en classe et aux travaux manuels. Fait de la dentelle au lieu de jouer. Paraît devenir plus sérieuse. Toujours peu communicative. — *Puberté* : seins : diamètre transversal 16, vertical 12 des deux côtés.

*Juillet.* — En classe travaille avec goût ; fait bien la gymnastique. Est susceptible, la moindre observation la fait rougir et la met de mauvaise humeur. — *Puberté* : seins : 18 sur 14 des deux côtés.

1900. *Janvier.* — Moins susceptible, accepte bien les observations. — *Puberté* : seins bien développés, 22 sur 20 des deux côtés.

*Juillet.* — Passe avec succès l'examen du certificat d'études. Amélioration générale. — *Puberté* : poils abondants sur le pénil ; hymen annulaire admettant l'extrémité de l'index.

1901. *Janvier.* — L'amélioration persiste. A la fin de l'année Albertine, dont nous aurions voulu faire une infirmière [1], est placée comme bonne chez Mme B., où elle est encore actuellement. — *Puberté :* poils abondants sur les grandes lèvres.

Elle a toujours persisté dans ses accusations, elle nous a dit une seule fois que si elle avait été chez le commissaire, c'était parce que « des voisines lui avaient monté la tête », sans vouloir déclarer formellement qu'elle n'avait pas dit la vérité.

Réflexions. — I. Albertine est sous le coup d'une hérédité assez chargée : *père* à migraines violentes, accompagnées de vertiges ; — *grand'père paternel* alcoolique, épileptique, dément, mort interné ; — *mère* atteinte de troubles cardiaques et de goître exophtalmique probable.

II. Nous avons à faire à un cas d'idiotie morale caractérisée par la perversion de l'instinct de véracité, et de l'instinct de propriété (mensonges et vols).

[1] A ce sujet, il nous revient à la mémoire le cas d'un garçon que sa mère, sous le coup d'un sentiment maternel au moins exagéré, prenait avec elle dans son lit, serrait contre sa poitrine, les jambes enlacées ; lui permettant même des caresses dangereuses. Cet enfant, qui était également un idiot moral, est devenu un onaniste effréné. Cette intimité dura jusqu'au moment où le jeune malade nous fut confié ; il avait alors seize ans. Il devenait par trop dangereux, mais à qui la faute ?

III. Il est à croire que s'il n'y a pas eu de mensonge absolu, imaginé de toute pièce, au sujet du viol dont elle a porté plainte, il y a eu, pour ainsi dire, interprétation consciemment fausse de faits peu répréhensibles en eux-mêmes, et exagérations voulues dans le but de porter tort à son père. Le père avoue qu'il eut, une nuit d'hiver, l'imprudence de la coucher un quart d'heure avec lui pour la réchauffer. Peut-être y a-t-il eu d'autres imprudences, peut-être le père n'a pas eu devant sa fille, soit dans sa toilette, soit dans ses rapports avec sa maîtresse, la retenue et la pudeur qu'il aurait dû avoir[1]. Nous pouvons même aller jusqu'à supposer qu'il y a eu attouchements réciproques, ce qui expliquerait les détails donnés sur la grosseur de la verge en érection, mais il n'a pas pu y avoir rapports complets, pendant trois ans, comme Albertine se plaît à le dire, puisque la visite faite par le Dr D..., le Dr Chaslin et nous-même, a constaté l'intégrité de l'hymen.

IV. La genèse de ce mensonge monstrueux peut s'expliquer d'abord par l'imprudence du père, qui, comme cela se passe si souvent dans les ménages ne possédant qu'une seule chambre, ne se gêne pas assez devant sa fille ; ensuite parce que l'enfant voit ou apprend dans les ateliers, où elle entend dire, entre autres choses, qu'une apprentie « couche » avec son père ; enfin par l'intervention de ces voisines, qui, inspirées par la haine qu'elles ont vouée au père, ont pu, volontairement ou non, suggérer l'idée de l'accusation.

V. Ne devons-nous pas faire constater une fois de plus, le danger qu'il y a d'accepter trop à la lettre un témoignage d'enfant ? Car enfin que serait-il arrivé si Albertine, dans une de ses fugues, ou simplement dans ses fréquentations d'atelier avait eu, comme cela arrive trop souvent, des rapports complets avec un autre homme ? On aurait certainement cru sur parole la malheureuse.

VI. Quoiqu'il en soit, sous l'influence du traitement médico-pédagogique, T... s'est notablement améliorée. Elle

[1] La maîtresse, alors, Alice M..., devenue femme G..., était une hystérique que nous avons observée naguère à la Salpêtrière dans le service de M. Charcot et dont nous avions soigné la sœur Dina M... dans le service de M. Delasiauve, Leur mère, *alcoolique*, est morte de tuberculose. Alice était devenue elle-même alcoolique et vivait de la prostitution.

avait manifesté le désir de devenir infirmière [1]. Nos tentatives, dans ce but, ayant échoué, nous avons pu, par l'intermédiaire de la surveillante, la placer comme domestique dans une famille de la commune où elle s'est parfaitement conduite jusqu'ici.

---

# REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

---

**XV. De la paralysie bilatérale du nerf facial** (*diplégie faciale*); par A.-M. Liewkowsky (*Obozrénié psichiatrii*, V, 1900).

Deux observations accompagnées de figures témoignent d'une paralysie totale du facial des deux côtés, consécutive à une névrite infectieuse exclusivement localisée à ce nerf. A la lumière des documents bibliographiques l'auteur en étudie le diagnostic différentiel, la localisation, l'étiologie. Il arrive à établir que la fièvre typhoïde récurrente fut pour le premier malade l'origine de l'affection, conformément aux opinions de Gowers, Grasset et Rauzier Menke, Bernhardt, La malaria était la cause de la diplégie faciale du second malade, suivant les données de Gowers et de Kliatschkine.

P. Keraval.

**XVI. Deux formes rares du tic facial**; par W.-M. Bechterew (*Obozrénié psichiatrii*, V, 1900).

Il s'agit d'un tic moqueur et d'un tic renifleur. — Dans le *tic moqueur* tous les muscles de la physionomie qui agissent simultanément pour donner à la face l'expression du sourire ou du rire se contractent malgré les malades. Les deux observations de l'auteur concernent un tic bilatéral de ce genre chez des gens intelligents : ils n'en avaient pas conscience, car la mimique en question n'était ni accompagnée, ni précédée de l'état d'esprit en relation avec le rire réel. Exagéré par les émotions et toutes les circonstances qui excitent les systèmes nerveux, ce tic diminue quand on distrait l'attention du patient. Celui-ci finit en effet par s'apercevoir qu'il

[1] Nous avons eu l'occasion de faire suivre les cours de l'école d'infirmerie de Bicêtre, à des jeunes filles améliorées, afin de les mettre en situation de gagner leur vie à leur sortie de la Fondation. On a voulu tenter le même essai avec le nouveau directeur de l'Assistance publique, M. Napias, qui, sans doute, mal renseigné, a refusé. Il était pourtant tout naturel que le chef de l'administration contribuât à l'œuvre de patronage sollicité par le médecin.

apparaît juste au moment où il a le plus besoin de son sérieux dans les entretiens graves, et il en est péniblement affecté. Causes inconnues. Constatation de tares héréditaires. — Le *tic de reniflement* est constitué par une aspiration nasale bruyante semblable à celle que font les priseurs ou ceux qui, au lieu de se moucher, vident ainsi leurs fosses nasales des mucosités qui les encombrent. Deux observations. Dans la première, le tic est unilatéral; il s'agit d'un homme très intelligent, occupant une situation sociale élevée. De temps à autre, la joue droite est vivement tirée en arrière et en haut et s'en vient boucher l'œil droit ; à ce moment les lèvres sont, surtout la lèvre supérieure, serrées, puis allongées et même vivement déplacées sur la droite. Il en résulte que la narine droite est bouchée tandis que la narine gauche est plus ouverte que normalement. Simultanément, violent mouvement d'inspiration, ou plutôt de reniflement d'air par la narine droite : la colonne d'air aspirée ainsi agite le voile du palais et produit le bruit connu. Ce tic, plus fréquent quand le sujet est ému, est extrêmement pénible parce qu'il se manifeste au cours d'entretiens sérieux, dans le monde, et est fort remarqué. Causes : hérédité nerveuse, coryza chronique. — La seconde observation a trait à une jeune idiote de dix ans, issue d'une famille de névropathes, indemne de paralysie ou de symptômes de lésions en foyer. A la suite de l'administration de KI, elle ne cesse de faire un mouvement caractérisé par l'allongement avec élévation des lèvres, surtout de la lèvre supérieure, qui bouchent légèrement les narines ; les deux joues sont aussi un peu entraînées en arrière, le nez est froncé : tout cela s'accompagne d'un reniflement très accentué. Au moment où on l'examine, il n'existe plus de signe de coryza aigu. Le tic dura trois mois environ et ne cessa que par l'administration de bromures : il récidiva bien ultérieurement, mais ce ne fut que pour peu de temps. P. Keraval.

XVII. **Névrose dans la région du plexus cervical et brachial consécutive à une dent malade** ; par Fr. Hesse. (*Neurolog. Centralbl.*, XIX, 1900.)

Une demoiselle de vingt ans, d'excellente constitution, jusque-là très bien portante, raconte qu'il y a huit mois, sa première molaire inférieure droite a mordu sur un grain de plomb ; sans être extrêmement douloureuse, elle la taquine. Dans les premiers instants qui ont suivi l'incident, le maxillaire inférieur ne lui a pas fait mal, mais quelque temps après, des douleurs se sont installées dans les deux mâchoires ; elles ont progressé au point de lui enlever tout sommeil. Endolorissement égal des deux maxillaires du côté droit, s'étendant en avant jusqu'à la ligne médiane, et en arrière à l'occiput; de là, la douleur, très violente, gagne l'épaule droite, la poitrine et le bras. En outre, accès névralgiques de fré-

quence, durée, intensité variables (demi-heure à quatre heures), ayant pour causes occasionnelles des émotions morales, des boissons chaudes ou froides, la marche, une secousse matérielle. Il y a six mois, il s'est produit une paralysie du bras droit qui en a presque absolument supprimé l'usage. Il s'agit simplement d'une dent cariée, on l'enlève et l'on trouve la pulpe gangrénée, une légère périostite des racines. En trois semaines, tous les accidents disparaissent, sauf de temps à autre quelque sensibilité des parties affectées. P. KERAVAL.

XVIII. **Un cas d'herpès zoster, suivi d'atrophie musculaire**; par Wilhelm MAGNUS. (*Norsk Magazin for Lævidens Koben*, n° 5, 1902.)

Une quinzaine environ après l'apparition d'un herpès zoster limité au bord ulnaire de l'avant-bras droit, l'atrophie se déclara dans les muscles suivants : infraspinosus, deltoïdeus, triceps, supinator longus, flexeurs des doigts, palmaire du pouce et de l'articulaire. Les muscles atrophiés fournissaient la réaction de la dégénérescence. Après quelques mois de traitement, l'atrophie disparut, sauf dans les petits muscles de la main.

L'auteur admet que le même virus qui avait produit l'herpès zoster, s'est localisé dans le premier ganglion dorso-spinal et ainsi affecté la substance grise de la moelle, comme dans une poliomyélite bénigne.

XIX. **Contribution à l'étude de la paralysie isolée du muscle grand dentelé**; par A. SOUQUES et J. CASTAIGNE. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 3, 1899.)

Cette affection tellement rare que, en 1845, Lewinski n'en tenait pour inattaquable qu'un seul cas et que tout récemment Barriero n'en retenait définitivement que seize cas dans l'histoire de la médecine, a été observée dans un nouveau cas remarquable par son étiologie (fièvre typhoïde) et par la netteté de sa symptomatologie dont les auteurs donnent une description complète. R. C.

XX. **Etude sur les troubles objectifs des sensibilités superficielles dans le tabes**; par A. RICHE et de GOTHARD. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n°s 4 et 5, 1899.)

L'étude des troubles sensitifs dans le tabes est toujours difficile, en raison de l'extrême variabilité qu'ils présentent, mais cette difficulté est grande surtout pour les troubles objectifs et il en résulte que, si l'on sait que dans le tabes les anesthésies, analgésies, ralentissements de perceptions, etc., sont très fréquents, on ignore les rapports qu'ils affectent avec les périodes d'évolution de la maladie, leur mode de distribution, leurs lieux d'élection, comme on ignore également les analogies qui peuvent exister entre ces troubles sensitifs érotiques et ceux qui dépendent de lésions nerveuses

périphériques ou centrales. Les auteurs ont cherché à élucider ces divers points dans une série d'observations détaillées et accompagnées de schémas très judicieux. Leurs investigations, qui ont porté sur toutes les variétés d'anesthésie, d'hypo et d'hyperesthésie superficielles, les ont conduits aux conclusions suivantes : A. les troubles objectifs de la sensibilité se traduisent chez les tabétiques par des anesthésies, des hyperesthésies portant l'empreinte d'un triple caractère : *polymorphisme, dissociation, tendance à la disposition segmentaire ;* B. si leur valeur diagnostique est d'importance secondaire elle n'est cependant pas négligeable et leur constatation sera utile dans bien des cas ; C. la disposition de ces troubles montre qu'ils sont sous la dépendance, sinon exclusive, du moins prépondérante de lésions intra-spinales du tabes. R. C.

XXI. **Note sur deux tics du pied** ; par Raymond et Janet. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 5, 1899.)

Deux cas de tic par automatisme psychologique, remarquables par leur localisation peu fréquente et guéris par la gymnastique méthodique de l'attention. R. C.

XXII. **Sur les atrophies musculaires progressives d'origine myélopathique** ; par G. Etienne. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 5, 1899).

Le tableau classique de cette affection (maladie de Duchenne-Aran) est caractérisé par : *a.* son début habituel par l'extrémité des membres supérieurs (petits muscles de la main droite) ; *b.* l'existence de contractions fibrillaires ; *c.* la réaction de dégénérescence ; *d.* l'absence d'hérédité ; *e.* le début au delà de l'adolescence ; *f.* l'évolution chronique en quatre ou cinq ans. L'auteur rapporte une série de six observations cliniques dont plusieurs avec autopsie et examen anatomo-pathologique dans lesquelles il a noté comme anomalies : *a.* la rapidité de l'évolution ; *b.* la précocité du début ; *c.* les modes du début ; *d.* l'adjonction d'arthropathies ; *e.* la présence d'hérédité. Et cependant, malgré ces variantes, ces observations conservent « un *air de famille* qui, mieux « que toute autre base, constitue un groupe clinique bien défini » et qui, quel que soit l'apport ajouté par la syringomyélie ou d'autres lésions médullaires, renferme l'ensemble décrit par Duchenne et Aran et rattaché à la lésion bien connue des grosses cellules des cornes antérieures. « Il existe donc, conclut l'auteur, une série morbide constituée par l'atrophie musculaire myélopathique progressive, la paralysie labio-glosso-laryngée progressive, l'ophtalmoplégie nucléaire progressive, trois termes caractérisés anatomopathologiquement par la même lésion du même appareil nerveux pris en des étages différents pouvant se succéder par extension ou

pouvant exister isolément ; ce sont trois localisations d'un même processus, mais, au point de vue général, ils constituent une seule maladie. »

XXIII. **Amyotrophie double du type scapulo-huméral consécutive à un traumatisme unilatéral extra-articulaire** ; par G. Guillain. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 5, 1899.)

Si les cas d'amyotrophie succédant à une lésion articulaire, à une arthropathie infectieuse ou à un traumatisme articulaire sont relativement fréquents, ceux qui surviennent à la suite d'un traumatisme extra-articulaire, peuvent être considérés comme très rares. Dans l'observation que rapporte l'auteur, il paraît bien que l'atrophie musculaire double scapulo-humérale ne reconnaît pas d'autre cause qu'une contusion du bras droit. Action réflexe intéressante par elle-même et surtout par le phénomène de symétrie qui l'accompagne. R. C.

XXIV. **Acromégalie et dégénérescence mentale** ; par F. Farnarier. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 5, 1899.)

Une observation personnelle suivie d'une revue des cas analogues signalés par d'autres auteurs, desquelles il ressort que : les maladies nerveuses et mentales sont fréquentes dans les familles d'acromégaliques, les malades eux-mêmes présentent souvent des manifestations de l'état de dégénérescence allant de l'affaiblissement intellectuel jusqu'à la démence complète, de la dépression mélancolique jusqu'aux idées systématisées de persécution, depuis des stigmates physiques bénins jusqu'à la microcéphalie avec idiotie, qu'on rencontre des associations acro hystériques et acro-épileptiques et quelquefois le diabète. R. C.

XXV. **Un cas d'hémianopsie hystérique transitoire** ; par M. P. Janet (*Presse médicale*, 25 octobre 1899).

M. Janet rapporte l'observation très intéressante d'une hystérique, âgée de quarante-deux ans, qui a présenté depuis l'âge de seize ans presque tous les accidents de la névrose et à qui il a été appelé à donner ses soins à l'occasion de troubles nerveux particulièrement pénibles (douleurs, troubles de la motilité et de la sensibilité localisés surtout au côté gauche) survenus à la suite d'émotions. Cette malade était atteinte d'amaurose de l'œil gauche ; cet accident remontait à plus de dix ans ; il s'était manifesté à la suite d'une attaque avortée provoquée par une émotion ; la malade l'avait constaté par hasard en se mettant un bandeau sur l'œil droit ; elle le croyait irréparable, un oculiste lui ayant affirmé que le nerf optique était atrophié. L'auteur n'eut pas de peine à se rendre compte de la nature hystérique de ce phénomène ; en effet, d'une part, l'examen du fond de l'œil permettait

de mettre en doute l'atrophie du nerf optique, et, d'autre part, le réflexe lumineux était conservé et il était possible de répéter sur la malade diverses expériences faites sur l'amaurose unilatérale des hystériques ; c'est ainsi que, les deux yeux étant ouverts, et la malade prétendant ne rien voir de l'œil droit, si on appuyait avec l'ongle au-dessous de l'œil droit de manière à déplacer l'axe visuel de cet organe, elle voyait deux objets au lieu d'un. Depuis l'apparition de cet accident, la perte de la vision s'était étendue à l'œil droit, à deux reprises, à la suite d'émotions, et la malade était restée complètement aveugle, pendant douze jours, une fois, pendant sept jours, l'autre fois. Lors de l'examen fait par M. Janet, l'œil droit était absolument normal.

L'auteur a mis en œuvre, contre cette amaurose, divers procédés de psychothérapie, renforcés par des manœuvres telles que des attouchements et un massage léger des paupières. Le retour de la sensibilité a été annoncé par de vives souffrances. A la suite de la première séance d'exercices thérapeutiques, la malade put distinguer le jour et l'obscurité ; à la troisième séance, la vue fut plus nette et permit de reconnaître les objets. Mais, en même temps, se produisit une hémianopsie homonyme du côté gauche ; celle-ci ne dura pas longtemps ; trois jours après, l'amaurose avait reparu. Lors des séances ultérieures, l'hémianopsie se reproduisit, mais la vision s'étendit du côté gauche progressivement ; seulement, la portion du champ visuel située à gauche de la ligne médiane, resta extrêmement obscure ; la vision y était très affaiblie. Si on excitait trop vivement la vision de l'œil droit, son champ visuel s'élargissait, mais celui de l'œil gauche diminuait. L'auteur a pu ainsi constater toutes sortes de formes curieuses du champ visuel qui se modifiait à mesure que la vision faisait des progrès, jusqu'à ce que les deux champs visuels aient pu être rétablis d'une manière à peu près complète. Malheureusement, ce rétablissement de la vision supprimée depuis plus de dix ans reste extrêmement fragile et il suffit de la plus légère émotion pour faire retomber la malade dans son état antérieur.

Cette substitution de l'hémianopsie gauche à l'amaurose unilatérale de l'œil gauche, constitue un fait d'équivalence hystérique ; les choses se sont passées, en effet, comme si la sensibilité restait au total la même et se répartissait différemment. Ce phénomène indique une disposition à la division des champs visuels, à la vision hémiopique, qui se manifeste dès qu'on change l'équilibre des champs de la vision. Mais M. Janet n'est pas en mesure de dire si, dans tous les cas d'amaurose hystérique, le retour de la vision comprend, comme dans le fait qu'il a observé, une période d'hémianopsie. Il ne croit même pas pouvoir affirmer d'une façon absolue, que chez sa malade l'hémianopsie ne s'est pas produite par suggestion.

A. Fenayrou.

XXVI. **Le diagnostic différentiel de la maladie des tics et de la chorée de Sydenham** ; par M. C. Oddo (*Presse médicale*, 30 septembre 1899).

L'exaspération habituelle de la maladie des tics à l'âge de prédilection de la chorée fait que ces deux affections sont assez fréquemment confondues ; il existe cependant une série de signes qui permettent de les distinguer : l'auteur les expose en detail dans son travail et les résume dans le tableau suivant :

| | MALADIE DES TICS | CHORÉE |
|---|---|---|
| Signes tirés de la forme des mouvements. . . . . | Caractère pseudo-intentionnel.<br>Répétition du même mouvement. | Incoordination.<br>Variabilité extrême. |
| Signes tirés de la localisation . . . | Localisation subordonnée au tic.<br>Tics de la pensée. | Hémilatéralité. |
| Signes tirés du rythme . . . . . | Caractère rythmique.<br>Brusquerie et brièveté.<br>Discontinuité (mouvements en salve).<br>Synchronisme. | Caractère arythmique.<br>Lenteur relative.<br>Tendance à la continuité.<br>Absence de synchronisme. |
| Influence de la volonté . . . . . | Suspenside dans le tic. | Sans action dans la chorée. |
| Signes accessoires . | Force musculaire conservée.<br>Sensibilité intacte.<br>Réflexes tendineux normaux. | Amyosthénie.<br>Douleurs fréquentes.<br>Réflexes tendineux modifiés. |
| Conditions étiologiques . . . . . | Dégénérescence héréditaire.<br>Hérédité similaire fréquente.<br>Prédominance du sexe masculin. | Névropathie héréditaire.<br>Hérédité similaire rare.<br>Prédominance du sexe féminin. |

L'auteur fait observer qu'à côté des cas simples, les plus com-

muns, dont le diagnostic est facile il est des faits complexes dans lesquels le diagnostic reste hésitant, car ils empruntent leurs caractères à la fois à la chorée et à la maladie des tics : ce sont ces faits que M. Brissaud a groupés récemment en leur donnant le nom de chorée variable des dégénérés. A. Fenayrou.

XXVII. **L'hémichorée arythmique hystérique**; par MM. G. Carrière et Huyghes (*Presse médicale*, 4 octobre 1899).

On n'a publié jusqu'ici qu'un petit nombre d'observations d'hémichorée arythmique hystérique. Les auteurs en rapportent un cas qu'ils ont observé et qui a guéri grâce à un traitement dont la suggestion constituait l'élément principal. Ils estiment que l'existence de cette affection ne saurait être mise en doute ; d'après eux, il est vraisemblable que, si on examinait attentivement tous les cas de chorée, le nombre des observations d'hémichorée aryhtmique hystérique augmenterait rapidement, car, sans être absolu, on peut affirmer que la chorée a des liens très étroits avec l'hystérie dans un grand nombre de cas. A. Fenayrou.

XXVIII. **Troubles nerveux secondaires portant sur les fonctions de la nutrition** ; par M. le professeur Hayem (*Revue médicale*, 26 août 1899).

Il n'est pas rare d'observer des malades présentant des troubles nerveux secondaires à des gastropathies ; ces troubles occupent parfois dans le tableau clinique une place si prépondérante, que, contrairement à ce qui existe en réalité, ils sont considérés comme primitifs et que le diagnostic porté est celui de neurasthénie. Ces désordres nerveux ont leur origine, soit dans les centres supérieurs, soit dans ceux de la vie végétative. Ceux qui relèvent des centres de la vie végétative constituent, dans certains cas, un ensemble symptomatique, désigné par M. Hayem sous le nom de tropho-asthénie et comprenant les éléments suivants : amaigrissement, malgré la conservation de l'appétit ; modifications dans la constitution des urines, telles que azoturie, phosphaturie, ou diminution des éliminations effectuées par cette voie ; troubles de la calorification (sensibilité insolite au froid ; refroidissement et cyanose des extrémités ; abaissement notable de la température centrale qui est en même temps inversée, le degré thermique s'élevant pendant la nuit et s'abaissant pendant le jour ; différence de température matinale et vespérale plus forte que de coutume et pouvant atteindre 1 degré) ; troubles circulatoires (pouls faible, dépressible, tantôt ralenti, tantôt accéléré ; tachycardie de position, le moindre mouvement produisant une accélération de 20 à 30 pulsations par minute), respiration faible, dyspnée facile, parésie du tube digestif (dilatation gastrique par atonie ; constipa-

tion). En somme, cet état est caractérisé par une sorte d'affaiblissement général de la vie végétative. Souvent il s'accompagne de fatigue générale, d'asthénie des muscles du squelette, d'inaptitude au travail, ou encore il se combine à des troubles nerveux provenant des centres supérieurs (douleurs névralgiformes diverses, insomnies, idées hypochondriaques). Cette tropho-asthénie se rencontre surtout, mais non d'une façon exclusive, chez des jeunes gens des deux sexes, de race dégénérée, ayant subi une mauvaise hygiène générale au moment d'une croissance rapide. Elle comporte un pronostic assez sérieux à cause surtout de sa longue durée ; elle peut cependant guérir. Le traitement consiste dans le repos au lit, jusqu'à ce que la température redevienne normale, la réglementation de l'alimentation et une cure gastrique, si elle est nécessaire, la faradisation généralisée, des douches écossaises, puis froides, et, plus tard, un séjour prolongé au grand air et des exercices progressifs. A. FENAYROU.

**XXIX. La méningite cérébro-spinale épidémique** ; par P. M. SIKORA (*Presse médicale*, 23 août 1899).

De cette étude nous ne retiendrons que les points suivants : L'auteur admet avec M. Netter que la contagion de la méningite cérébro-spinale épidémique est rare, en tant que contagion directe ; l'affection se transmet surtout par les locaux et les objets ayant servi aux malades ; le microbe pathogène étant inclus dans les cavités craniennes et rachidiennes, on comprend qu'il ne puisse pas se propager facilement. La nature du germe pathogène de cette affection n'a pas encore été établie avec certitude ; parmi les divers microbes auxquels on a attribué cette maladie, il faut mentionner spécialement, en outre, du pneumocoque, le méningocoque de Weichselbaum, que M. Netter, après l'avoir regardé comme une transformation du pneumocoque, tend actuellement à considérer comme une espèce microbienne distincte. M. Sikora recommande la ponction lombaire comme le meilleur moyen de diagnostic de cette affection ; grâce à cette opération, inoffensive si elle est pratiquée prudemment, il est possible de faire des ensemensements avec le pus et, ensuite, d'étudier et d'inoculer les microbes qui se sont développés. A. FENAYROU.

**XXX. Lésion traumatique des nerfs de la queue de cheval et du cône terminal**; par le Dr SOUQUES. (*Revue neurologique*, décembre 1899.)

Il s'agit, dans l'intéressante observation communiquée par l'auteur à la Société de Neurologie, d'une fracture indirecte de la première vertèbre lombaire avec luxation probable, causée par une chute sur les pieds ou sur le siège.

Cette fracture a amené une compression du cône terminal et des racines du plexus sacré, soit par un fragment osseux, soit par une hémorragie immédiate. Seules la 5e paire lombaire et les 5 racines sacrées sont intéressées, et la lésion porte plus sur les racines postérieures que sur les antérieures. E. B.

XXXI. **Note pour servir à l'étude des analgésies tabétiques. Insensibilité des globes oculaires à la pression**; par MM. Abadie et Rocher. (*Revue neurologique*, décembre 1899.)

Les analgésies viscérales forment un chapitre des plus intéressants de la pathologie du tabes.

Des ces analgésies viscérales les auteurs rapprochent un symptôme qu'ils ont observé, à maintes reprises, chez plusieurs tabétiques, l'insensibilité complète des globes oculaires à la pression.

Chez 25 tabétiques, la sensibilité oculaire a été trouvée normale 12 fois, perturbée 13 fois ; il y avait analgésie dans 8 cas.

La grande fréquence des analgésies viscérales dans le tabes fait que l'analgésie oculaire se montre rarement seule, 2 fois sur 25, dans les observations des auteurs.

S'il est vraisemblable que l'analgésie oculaire puisse se rencontrer dans d'autres affections que le tabes, elle n'en vient pas moins se joindre aux autres symptômes oculaires pour préciser la séméiologie de l'organe de la vision dans le tabes. E. B.

XXXII. **Note sur l'hystérie droite et sur l'hystérie gauche**; par le Pr Raymond et le Dr Janet. (*Revue neurologique*, décembre 1899.)

Briquet disait que les hystériques gauches étaient beaucoup plus nombreux que les droits et que l'on rencontrait trois anesthésies du côté gauche pour une du côté droit.

La statistique des auteurs, portant sur 388 observations, montre que les hystéries droites sont plus nombreuses qu'on ne le pensait et que tout au plus on pourrait dire : trois anesthésies à gauche et deux à droite.

De plus, cette statistique montre une prédominance énorme des troubles de la parole chez les hystériques atteints d'accidents du côté droit, ainsi que cela est connu pour les aphasies organiques.

Enfin, tandis que tous les autres symptômes sont à peu près au même nombre dans l'hystérie gauche et dans l'hystérie droite, il est surprenant de voir que les troubles respiratoires, la polypnée, le hoquet, la toux, le rire, etc., qui constituent des accidents fort fréquents et fort curieux de l'hystérie, se présentent avec une prédominance marquée dans le groupe des hystéries droites.

Si ce résultat se confirmait, on pourrait peut-être remarquer qu'il s'explique par un certain rapport entre les fonctions de la respiration et les fonctions du langage. E. B.

XXXIII. **Les troubles de la sensibilité dans le tabes**; par les Drs FRENKEL et FOERSLER. (*Revue neurologique*, novembre 1899.)

Résumé et conclusions du travail publié par les auteurs dans les *Archives de psychiatrie et neurologie* de Westphal.

1° Des troubles de la sensibilité sont un symptôme constant dans le tabes. — 2° Ils comprennent la sensibilité cutanée et la sensibilité profonde articulaire et musculaire. — 3° Parmi les troubles de la sensibilité cutanée, ceux du toucher sont constants. — 4° Les troubles de la sensibilité se trouvent d'une façon constante au tronc et peuvent être considérés comme un signe initial du tabes. — 5° Des troubles de la sensibilité aux membres supérieurs sont la règle dans le cours du tabes ordinaire. — 6° Aux membres inférieurs, les troubles de la sensibilité cutanée sont exceptionnels dans la période préataxique; ils sont la règle dans l'état ataxique. — 7° Il résulte des observations des auteurs une loi générale qui ne subit que de rares exceptions, à savoir que les différentes régions de la peau atteinte des troubles de la sensibilité chez le même malade sont séparées par des régions normales. Cela prouve que le processus morbide dans le tabes est discontinuel et multiloculaire. E. B.

XXXIV. **Contribution à l'étude des paraplégies obstétricales**; par MM. G. BALLET et BERNARD. (*Revue neurologique*, novembre 1899.)

Les auteurs estiment qu'il faut reconnaître quatre catégories de paraplégies consécutives à l'accouchement (abstraction faite des impotences fonctionnelles dues à des disjonctions symphysaires, et que par opposition aux paraplégies vraies, on a parfois nommées pseudo-paraplégies) :

1° Des paraplégies symptomatiques d'une polynévrite infectieuse ou toxique, survenant chez des femmes atteintes d'infection puerpérale ou albuminuriques. — 2° Des paraplégies nettement traumatiques, dues à la compression nerveuse seule, et dont l'observation citée est une démonstration. — 3° Des paraplégies occasionnées par le traumatisme, mais déterminées par une infection ou une intoxication concomitante. — 4° Des paraplégies hystériques. E. B.

XXXV. **De l'asynergie cérébelleuse**; par le Dr BABINSKI. (*Revue neurologique*, novembre 1899.)

L'auteur, dans un mémoire du plus haut intérêt clinique, décrit pour la première fois une forme de troubles de motilité dont la cause anatomique est une lésion cérébelleuse, et qui dépend d'une perturbation de la faculté d'association des mouvements, la synergie musculaire : en raison de son origine, il désigne cette

perturbation sous la dénomination d'asynergie cérébelleuse. L'attitude du premier malade observé, quand il cherche à marcher, a un aspect tout à fait spécial : la partie supérieure du corps ne suit pas le mouvement du membre inférieur et reste en arrière. M. Babinski pense que ce phénomène est pathognomonique d'une perturbation dans les fonctions cérébelleuses, et c'est en se fondant sur ce caractère qu'il a pu porter pendant la vie le diagnostic, confirmé par la nécropsie, d'affection cérébelleuse chez le malade qui fait le sujet de l'observation II.

Pour bien comprendre la signification de ce phénomène, il faut se rappeler que l'acte complexe de la marche se compose de deux ordres principaux de mouvements donnant lieu, l'un au soulèvement du pied au-dessus du col et à sa translation, l'autre à la translation du reste du corps. L'exécution normale de la marche implique l'intégrité des muscles qui opèrent ces mouvements et la synergie entre ces deux ordres de mouvements.

En résumé, d'une part, les lésions cérébelleuses sont capables de provoquer, dans le domaine de la motilité, entre les symptômes depuis longtemps bien décrits, d'autres phénomènes cliniques qui peuvent contribuer à établir le diagnostic, et, d'autre part, les troubles de motilité engendrés par une altération du cervelet dépendent, au moins en partie, de l'asynergie musculaire.

E. B.

XXXVI. **Un cas de syringomyélie. Main de prédicateur. Troubles oculaires. Anesthésie segmentaire** ; par le Dr Bouchaud. (*Revue neurologique*, novembre 1899.)

Observation de syringomyélie avec paralysie et atrophie des muscles de la main gauche, paralysie du muscle orbito-palpébral gauche, exagération des réflexes tendineux, diminution de la sensibilité aux bras et avant-bras, plus prononcée au bord interne qu'au bord externe ; enfin, abolition de la sensibilité à l'extrémité des doigts et au bord interne de la main.

L'auteur, dans une intéressante discussion, montre qu'une altération de la corne antérieure gauche de la moelle, à la partie inférieure de la région cervicale, où prennent naissance les fibres de la première racine dorsale et de la huitième racine cervicale, rend compte de la paralysie et de l'atrophie des muscles de la main et des fléchisseurs de la main et des doigts. Le syndrome oculo-palpébral peut être occasionné par la même lésion, puisque le grand sympathique, qui se rend à la région de l'œil, a son origine en ce point où est le siège du centre cilio-spinal. L'exagération des réflexes tendineux dans les membres inférieurs, se comprend si on admet que la lésion de la substance grise s'est étendue au cordon latéral.

La diminution ou l'abolition de tous les modes de la sensibilité,

au lieu de la dissociation syringomyélique, indiquent que les cordons postérieurs ont été envahis. Enfin, la diminution de la sensibilité au bras et à l'avant-bras, plus prononcée au bord interne qu'au côté externe du membre, fait supposer que la lésion s'est propagée aux racines du plexus brachial et plus aux inférieures qu'aux supérieures.

Quant à l'abolition de la sensibilité à l'extrémité des doigts et dans la moitié interne de la main, la théorie du métamérisme de M. Brissaud paraît seule capable de faire comprendre cette localisation singulière, E. B.

XXXVII. **Syphilis cérébrale sept mois après l'accident primitif. Oblitération de la sylvienne gauche, mort en trois jours. Considérations sur l'évolution clinique des lésions cérébrales précoces de nature artérielle au cours de la syphilis et sur le temps nécessaire à la production d'un ramollissement** ; par le Dr CHARVET. (*Revue neurologique*, décembre 1899.)

Il s'agit d'une femme de vingt-deux ans, ayant présenté son accident primitif en août 1896, et qui, après des accidents secondaires multiples et prolongés, fut atteinte le 5 février 1897 d'un ictus incomplet avec gêne de la parole, se transformant le lendemain en hémiplégie droite complète avec aphasie : mort au bout de trois jours dans le coma avec fièvre.

A l'autopsie, rien du côté des os du crâne et des méninges, léger épaississement des vaisseaux de l'hexagone. Noyau dur siégeant au point d'origine de la cérébrale antérieure et de la sylvienne gauche, ayant déterminé l'oblitération de cette dernière.

Infiltration de cellules rondes et fusiformes, surtout sous la pie-mère et autour des vaisseaux de celle-ci ; début de réaction d'encéphalite, surtout autour des artérioles et des capillaires de la substance cérébrale, mais aucune des altérations décrites comme caractéristiques du ramollissement, et surtout, pas de corpuscules de Glüge, pas de début de transformation graisseuse au sein des grandes cellules pyramidales.

Cette observation met en relief deux faits intéressants :

1° Au point de vue clinique, l'apparition en pleine période secondaire d'une petite gomme artérielle ayant entraîné l'oblitération de la sylvienne et ayant déterminé sans prodromes un coma brusque avec hémiplégie droite, aphasie, phénomènes de décubitus acutus et mort rapide.

2° Au point de vue anatomo-pathologique, l'existence d'une méningo-encéphalite en évolution et l'absence de ramollissement constatable à l'œil nu ou au microscope, au niveau des régions irriguées par la sylvienne oblitérée, la mort étant survenue cependant trois jours après le début des accidents, fait qui vient con-

tredire les résultats des expériences antérieures sur le temps nécessaire à la production d'un ramollissement. E. B.

XXXVIII. **Un cas de paralysie faciale d'origine périphérique combinée avec une paralysie du nerf oculo-moteur externe du même côté**; par Lad. Haskover. (*Revue neurologique*, octobre 1899.)

Il s'agit d'une femme de trente ans, bien portante qui, trois semaines après avoir accouché, ressentit tout à coup des douleurs vives dans l'œil droit et observa le lendemain que sa bouche était oblique et sa face tuméfiée; il y avait en outre de la diplopie. Pas d'autre lésion. On se trouve en présence d'une paralysie faciale périphérique, due sans doute à un processus névritique en rapport avec la puerpéralité. E. B.

XXXIX. **Note sur un cas de plaie de la région parotidienne avec troubles dans le territoire de la branche externe du spinal**; par le Dr Batigne. (*Revue neurologique*, octobre 1899.)

Il s'agit d'un homme de vingt-neuf ans qui reçut un coup de couteau en arrière de la branche montante droite de la mâchoire, à égale distance du lobule de l'oreille et de l'angle du maxillaire.

La glande parotide fut légèrement intéressée ainsi que la branche auriculaire du plexus cervical; mais le fait le plus intéressant consiste dans les troubles moteurs, rarement signalés en pareil cas et occupant le domaine de distribution de la branche externe du spinal. E. B.

XL. **Contribution à l'étude de l'état et du développement des cellules nerveuses de l'écorce cérébrale chez quelques vertébrés nouveau-nés**; par le Dr Serge Soukhanoff. (*Revue neurologique*, septembre 1899.)

Les cellules nerveuses de l'écorce cérébrale de différents vertébrés nouveau-nés présentent beaucoup de variétés.

D'un côté, les cellules corticales chez certains mammifères nouveau-nés (chaton, petit lapin) sont peu développées en général et se trouvent en grande partie en état embryonnaire; d'un autre côté, la structure de l'écorce cérébrale du cobaye nouveau-né diffère très peu de celle d'un cobaye adulte normal.

Quant à la structure de l'écorce cérébrale des oiseaux nouveau-nés, il est à remarquer qu'ici aussi il existe un phénomène analogue, à savoir: les cellules corticales chez les choucas nouveau-nés se caractérisent par un état embryonnaire très marqué; mais la structure de l'écorce cérébrale d'un poulet, qui vient de sortir de l'œuf, diffère très peu de la structure d'une poule adulte.

E. B.

**XLI. Syndrome de Brown-Séquard avec début d'amyotrophie Aran-Ducheune et troubles pupillaires au cours d'une méningo-myélite syphilitique**; par le Dr SCHERB. (*Revue neurologique*, septembre 1899.)

Il s'agit d'un malade de trente-huit ans, syphilitique, présentant à droite de la thermo-analgésie, à gauche de la parésie spasmodique, puis du myosis gauche et une atrophie, sans caractères radiculaires bien nets, portant sur tous les muscles intrinsèques de la main gauche et le plus grand nombre de ceux de l'avant-bras.

L'auteur, dans une discussion intéressante et documentée démontre que cet ensemble de symptômes peut être imputé à une lésion unique siégeant dans la partie antéro-latérale gauche du segment cervical inférieur de la moelle, enserrant ou détruisant la première racine dorsale gauche, interrompant le faisceau de Cowers, comprimant en arrière le faisceau pyramidal croisé et en dedans les groupes des cellules ganglionnaires les plus externes de la corne antérieure. E. B.

**XLII. Un cas de tubercule de la protubérance**; par C. LEVADITI. (*Revue neurologique*, août 1999.)

L'observation rapportée par M. Levaditi rentre dans cette catégorie de faits où un syndrome défini, en d'autres termes un groupement de symptômes plus ou moins systématisés, sont réalisés par une lésion minime, n'ayant en apparence aucune relation de cause à effet avec les troubles observés.

Il s'agit, en effet, d'un tuberculeux de trente-huit ans ayant succombé quatre jours après l'apparition d'une hémiplégie droite totale avec contracture, exagération des réflexes.

L'autopsie montra l'existence d'un tubercule de la grosseur d'un pois. Cette tumeur, médiane, visible sur une coupe frontale intéressant la partie postérieure des tubercules quadrijumeaux postérieurs, occupe le territoire de la calotte et est limitée; en avant, par les fibres les plus dorsales du pont de varole; en arrière, par la formation réticulaire qui la sépare du faisceau longitudinal postérieur; sur les côtés, le néoplasme touche les faisceaux les plus médians du ruban de Reil et les fibres croisées du pédoncule cérébelleux supérieur.

L'attention est attirée par la discordance entre les symptômes observés et les lésions trouvées. En effet, pas une seule fibre du faisceau pyramidal gauche n'a été interrompue, pas une seule ne montre le moindre signe de dégénérescence secondaire. Pour expliquer la genèse de l'hémiplégie, l'auteur pense que tout a été sous la dépendance de la compression et en particulier des troubles d'irrigation que la tumeur a engendrés dans le territoire du faisceau pyramidal, au niveau du pont. E. B.

# REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

**I. Sur l'emploi de l'extrait de capsules surrénales dans le traitement des maladies mentales**; par W.-R. Dawson. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1901.)

Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

1° La principale action physiologique des extraits de glandes surrénales consiste en une augmentation de la pression artérielle, mais ils peuvent aussi produire une action tonique sur le cœur, et sur les muscles en général, et peut-être une certaine diminution du métabolisme ;

2° En raison du caractère passager des effets produits par les injection intraveineuses de l'extrait de capsules surrénales, cet extrait doit être administré par la bouche si l'on veut obtenir une action un peu durable.

Il est à noter que l'auteur n'a jamais constaté que la digestion ait été troublée par des doses modérées ;

3° A la fois pour des raisons *a priori* et par suite des résultats expérimentaux obtenus, cet extrait paraît indiqué dans les états d'excitation et d'exaltation, dans lesquels on constate ordinairement un abaissement de la pression sanguine ;

4° Dans la plupart des cas il sera probablement nécessaire de l'administrer pendant un certain temps si l'on veut obtenir des effets bien nets, tout au moins lorsque l'excitation est violente ;

5° Bien que l'état de la pression sanguine fournisse, en règle générale, une indication commode de l'emploi de ce médicament, une pression sanguine forte ne le contre-indique pas absolument, si l'on a des raisons de penser qu'elle n'est pas associée à l'état mental, car une pression anormalement élevée peut être encore inférieure à la moyenne chez un sujet donné ;

6° L'extrait surrénal ne paraît devoir rendre aucun service dans les cas de mélancolie, ni partout où il existe une stupeur accentuée ;

7° Il paraît donc probable en somme que la forme de folie dans laquelle ce traitement sera le plus utile est la manie aiguë d'origine suffisamment récente et sans complication de stupeur.

Toutefois, jusqu'à ce que ces conclusions aient été confirmées par l'observation ultérieure, elles ne doivent être considérées que comme une tentative destinée à ouvrir la voie à d'autres observateurs.

R. de Musgrave-Clay.

**II. Le séjour au lit des aliénés, son emploi et son rôle thérapeutique** ; par W.-P. Ossipow (*Obozrénié psichiatrii*, V, 1900).

Revue générale détaillée de la question et 18 nouvelles observations personnelles.

*Conclusions.* — 1° L'alitement des aliénés n'est pas nouveau, ce qui est nouveau, c'est son application systématique à une importante catégorie d'aliénés ; 2° la majorité des documents bibliographiques sur la question, qui dans ces derniers temps ont foisonné, témoignent plutôt de l'impression générale de l'observateur que de l'étude systématique de l'influence que l'alitement exerce sur chaque malade et sur chaque forme de maladies mentales ; 3° c'est cette étude qui importe ; 4° les considérations administratives doivent être reléguées au second plan, l'utilité de l'alitement pour le malade doit primer ; 5° y joindre des mesures coercitives c'est en faire du restreint qui doit être exclu de la pratique ; 6° il faut condamner aussi tous procédés trop énergiques, dangereux et souvent cruels, tels que le drap mouillé, les narcotiques violents, etc., appliqués au malade pour le maintenir au lit ; 7° les indications et contre-indications de l'alitement, n'ayant pas été élaborées assez exactement, sont fréquemment empreintes du caractère de vagues généralités ; 8° et cependant rien de plus important que de les préciser, car il est démontré que l'alitement a des effets variables : aux uns il est profitable, aux autres il est indifférent, à d'autres enfin il est nuisible ; 9° on doit se guider, en outre des indications somatiques, sur : l'excitation du malade, sa dépression, et leurs degrés ; ces indications sont les plus importantes mais elles ne sont pas absolues ; 10° la tendance à des actes agressifs, la malpropreté, l'insomnie et le refus de nourriture, sont des indications de second ordre et souvent purement relatives ; 11° l'alitement en un très grand nombre de cas n'améliore pas le sommeil des malades, parce que fréquemment il fait dormir le jour au détriment du sommeil de la nuit et de sa profondeur ; 12° il s'en faut de beaucoup qu'il exclue l'administration des soporifiques ; 13° il constipe souvent ; 14° souvent il fait diminuer le malade de poids ; 15° il n'exerce pas d'influence essentielle sur l'appétit ; 16° il rend plus difficile la lutte contre l'onanisme : d'après quelques auteurs il favoriserait même l'onanisme ; 17° la plupart des malades s'y soumettent sans contrainte, quelques-uns fort volontiers : parmi ceux qui y sont soumis, les uns manifestent longtemps leur déplaisir, les autres témoignent de leur antagonisme à ce régime ; il en est que 'on ne réussit pas du tout à faire coucher ; 18° quand le malade s'y soumet aisément et volontiers, fort souvent cela coïncide avec une influence favorable de l'alitement sur l'état mental et physique ; 19° tout ce qui vient d'être dit doit être pris en considération pour déterminer le profit, et, par suite, l'utilité de l'alitement pour le

malade ; 20° les malades qui y sont soumis, même malgré eux, s'y habituent tellement que, revenus au régime ordinaire, ils cherchent les occasions de se coucher un peu pendant le jour ; quelques-uns pendant les premiers temps, demandent à se recoucher ; 21° il ne convient pas de soumettre trop longtemps les aliénés à l'alitement, il importe de le supprimer dès qu'on en entrevoit la possibilité médicale ; 22° l'alitement permet de soigner plus facilement les gâteux, de surveiller plus aisément les malades ; 23° il n'exclut pas l'isolement ; 24° c'est un agent thérapeutique auxiliaire pour une certaine catégorie d'aliénés ; 25° l'alitement en des chambres séparées, dont on maintient les portes ouvertes, est, dans bien des cas, préférable à l'alitement en des salles communes : souvent tel malade qui refuse de se coucher dans la salle commune se couchera volontiers dans la chambre à part ; celle-ci est indispensable aux malades à qui ne convient pas le séjour en la salle commune, pour une cause quelconque, aux malades irritables, défavorablement impressionnés par la promiscuité, convalescents, etc., ainsi qu'à ceux dont la présence agit défavorablement sur les autres ; 26° l'alitement doit être adapté à chaque malade *individuellement* ; 27° le séjour au lit ne sera pas continu ; il sera assaisonné de promenades, de quelques occupations et distractions ; 28° il serait encore prématuré de dire que l'alitement accélère et influence favorablement l'évolution et l'issue des psychoses ; 29° il faut aliter séparément tranquilles, agités, malades atteints d'affections somatiques et gâteux ; 30° tous les établissements d'aliénés peuvent introduire l'alitement, sans modifier la disposition essentielle de leur architecture ; 31° ceux qui sont à l'étude et dans lesquels on projette d'appliquer l'alitement, ne devront pas être privés de cellules.

P. Keraval.

III. **Traitement de l'épilepsie par la sympathectomie**, par Jaboclay et Lannois. (*Revue de Médecine* 1899.)

Le traitement de l'épilepsie par la sympathectomie avait déjà été tenté par Alexander, Baracz, Raumel, Jacks, Jaboulay, Jouneiro. Les résultats avaient donné des améliorations, mais souvent aussi des états stationnaires et des aggravations. Dernièrement MM. Jaboulay et Lannois ont pensé devoir les rechercher et ont appliqué cette méthode sur 16 sujets. Un cas de guérison fut particulièrement net chez un sujet de dix-huit ans atteint depuis longtemps de crises d'épilepsie, mais présentant en même temps des signes manifestes d'hystérie. D'autres améliorations notables furent obtenues chez des malades, mais ces malades étaient à la fois hystériques et épileptiques et ici les résultats favorables donnés par la sympathectomie perdent beaucoup de leur valeur. Il faut ici tenir compte du choc opératoire et se deman-

der si l'amélioration n'est pas plutôt due à des phénomènes d'auto-suggestion.

D'ailleurs, chez les épileptiques francs, les résultats obtenus ont été très peu favorables. De leurs recherches, les auteurs croient devoir conclure qu'il faut renoncer à espérer une amélioration sérieuse de l'épilepsie par l'ablation du sympathique. M. H.

IV. **Le traitement de la tuberculose dans les asiles**; par Lionel A. Weatherly. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1901.)

Ce travail est lui-même une analyse de celui de l'auteur, qui prend pour point de départ de son étude la déclaration de Sir James Crichton Browne, que « la phtisie fait dans les asiles plus de ravages qu'elle n'en devrait faire », et qui ajoute que « dans une proportion considérable de cas, c'est dans l'asile même qu'elle est engendrée et propagée ». Pour remédier à ce fâcheux état de choses, l'auteur indique et propose une série de mesures à la fois minutieuses et judicieuses, qui n'ont d'ailleurs rien de nouveau que leur application si elle venait à se réaliser.

R. de Musgrave-Clay.

V. **Traitement moderne de la folie** ; par Seymour Tuke. (*Brit. med. Journ.*, octobre 1901.)

L'auteur résume un certain nombre de desiderata qui, en Grande-Bretagne comme ailleurs, sont réclamés par ceux qui ne considèrent pas la législation actuelle comme satisfaisante. Citons l'intervention d'assesseurs médicaux en justice pour l'examen des inculpés, le sursis à l'internement déclaré et la mise en observation manicomiale pour un semestre en cas douteux. L'étude plus générale de la psychiatrie par les médecins; la prophylaxie sociale de la folie à substituer à son assistance, et en attendant les soins rapides aux aliénés aussi près que possible du début du mal.

VI. **Le traitement du goitre exophtalmique**, par le Dr Libotte. (*Journal de Neurologie*, 1899, no 25.)

Partant de cette idée que tous les symptômes du goitre exophtalmique sont dus à une sécrétion exagérée de la glande thyroïde, M. Libotte conseille de combattre cette affection par l'application des courants continus à hautes intensités. L'électrode positive doit être placée sur la nuque, la négative sur le goitre : on portera progressivement l'intensité du courant à 30 et 35 milli-ampères. Le traitement dure de deux à trois mois avec des séances quotidiennes. En faisant rétrocéder le goitre, l'électricité déterminerait une hyposécrétion de la glande qui aurait pour conséquence la disparition de tous les accidents.

VII. **L'usage et l'abus des voyages dans le traitement des troubles mentaux**; par G. H. Savage. (*The Journal of Mental Science*. Avril 1901.)

L'auteur estime que l'on abuse des voyages dans le traitement des aliénés, et il est surtout frappé de voir que ce mode de traitement n'est pas appliqué spécialement à telle ou telle forme d'aliénation mentale, mais indistinctement à toutes. Il y a plusieurs raisons pour faire voyager les aliénés; la première, peut-être c'est qu'on est débarrassé d'eux pour un certain temps; la seconde, c'est qu'on évite ainsi le certificat d'aliénation mentale et l'internement; la troisième, la seule sérieuse au point de vue médical, c'est que les voyages constituent un traitement précis de certains états morbides précis : l'auteur laisse de côté les malades dont l'état somatique rend un voyage utile pour ne s'occuper que de ceux à qui le voyage est conseillé comme traitement d'un état mental, et il est d'avis que le groupe formé par ces derniers malades est ou devrait être très peu nombreux. Le voyage maritime qui, par sa durée et la diversité des milieux où il évolue, est ici manifestement le voyage idéal, aura l'avantage de renouveler l'ambiance et de libérer totalement le malade des soucis de famille et des préoccupations d'affaires : ce sera parfait s'il s'agit d'un neurasthénique, s'il faut remonter un système nerveux épuisé; mais il y a une différence entre l'épuisement nerveux et la perversion mentale. Tous ceux qui ont expérimenté le traitement classique de Weir Mitchell savent que, la frontière de la folie une fois franchie, ce traitement n'a plus d'avantages et ne donne plus que des mécomptes.

Il convient aussi de considérer les causes du trouble mental; et si le voyage peut être utile, par exemple, à un mélancolique devenu tel par chagrin d'amour, croit-on qu'il le sera également dans un cas de profonde mélancolie religieuse avec terreur de damnation éternelle.

Enfin, pour être plus précis, l'auteur proteste contre la pratique très répandue de faire voyager les mélancoliques pour deux raisons, dont la première pourrait suffire : 1° parce qu'ils ne retirent du voyage aucun résultat favorable; 2° parce que les dangers auxquels ils sont exposés sont augmentés : n'y aurait-il que les risques et les facilités de suicide dans un voyage maritime, ce serait presque assez pour la faire exclure. Risque de suicide à part, d'ailleurs, le chemin de fer et le séjour dans les grandes villes étrangères ne valent guère mieux : il faut plaindre les malheureux mélancoliques qu'on traîne malgré eux des promenades publiques au théâtre ou au concert. Encore une fois le mélancolique, outre qu'il est presque toujours somatiquement malade, a surtout besoin de tranquillité.

Dans quelques cas d'affaiblissement de la volonté, de folie du doute, ou encore chez les personnes qui, après avoir eu l'habitude de beaucoup voyager, présentent une simple faiblesse mentale ou un peu de dépression, les voyages pourront être utiles; ils le seront aussi dans la convalescence ou après la guérison des troubles mentaux. Mais ici encore il faut être prudent, et se souvenir que les suicides sont aussi fréquents dans la convalescence de la folie que pendant la période d'aliénation. Il est à peine nécessaire de dire que les agités et les maniaques ne doivent pas voyager, mais il faudrait pratiquer la même abstention à l'égard des nombreux malades auxquels on applique l'étiquette hystérique. — Les malades auxquels les voyages sont le plus nuisibles sont assurément les paralytiques-généraux. M. Savage pense qu'il ne faut jamais les faire voyager; et pour conclure, l'auteur déclare que, à son avis, on fait voyager beaucoup d'aliénés qui feraient incomparablement mieux de rester chez eux. R. DE MUSGRAVE CLAY.

VIII. **Note sur l'action excitante de l'antipyrine**; par FÉRÉ. (*Journal de Neurologie* 1901, n° 22.)

Neuf séries de quatre ergogrammes séparés par une minute de repos, dont on trouvera la relation dans cette note, ont démontré à l'auteur que l'antipyrine possède une action excitante mais que comme tous les excitants, cette substance précipite l'accumulation de la fatigue, c'est-à-dire qu'elle aboutit, à la diminution de l'excitabilité, d'autant plus vite qu'on l'emploie à plus haute dose. C'est avec les hautes doses d'antipyrine que l'on arrive à calmer l'agitation choréique et quelquefois les décharges épileptiques.

IX. **Le traitement des aliénés par le repos au lit**; par le Dr WIZEL. (*Annales médico-psychologiques*, avril 1901.)

La sphère des indications pour la méthode du traitement par le repos au lit est très vaste. Il faut appliquer l'alitement dans tous les cas où il s'agit, soit d'épargner les forces physiques du malade, soit d'épargner ses forces psychiques, soit pour le surveiller strictement, soit enfin pour diminuer son excitation.

En appliquant la méthode « du traitement par le repos au lit », les uns s'efforcent de traiter les malades les plus variés, sans égard à leur état psychique, dans les salles communes; les autres séparent les malades tranquilles des malades excités, et pour chacune de ces deux catégories de malades créent des salles distinctes de surveillance.

Quant aux malades furieux, qui ne se calment pas dans la salle de surveillance, malgré l'alitement, malgré les médicaments calmants, malgré les enveloppements et les bains, tous les aliénistes, qui font usage de la méthode du traitement par le repos au lit,

sont d'accord que de pareils malades doivent être placés dans les chambres particulières, et toute la différence entre les opinions des divers auteurs consiste en ce que, tandis que les uns ont de la répugnance à recourir à ce moyen, le considérant toujours comme une cruauté (ainsi que Neisser), les autres, bien que rarement, l'appliquent cependant assez volontiers, ne voyant rien d'inhumain à placer le malade dans une chambre particulière, du moment qu'on prend en considération le principe de surveillance et d'alitement.

*A priori*, il semble impossible qu'on puisse garder au lit et accoutumer à être tranquillement couchés les malades excités, surtout les malades dits furieux.

Mais l'expérience apprend que les malades, même les plus excités, se calment au lit.

L'influence sédative du lit dépend de plusieurs conditions. Avant tout, l'alitement diminue la quantité d'excitants extérieurs, et par conséquent il procure au cerveau du repos. On peut admettre aussi que l'aliéné étant enclin à l'imitation, le calme des uns peut lui-même se communiquer aux autres. En outre, malgré toute l'excitation du malade, au fond de sa conscience repose toujours le sentiment d'une maladie grave, le sentiment d'impuissance et du besoin du salut; par conséquent il accepte avec gratitude l'occasion qni se présente pour recouvrer le calme. Enfin, l'alitement régularise la circulation, ce qui peut de même produire un effet favorable sur l'état mental du malade.

L'auteur applique la méthode de l'alitement depuis six mois et, grâce à elle, a obtenu des résultats admirables. A partir du moment de son application et de l'abolition des moyens coercitifs (camisole, cellule), l'aspect du service s'est entièrement modifié : les cris, le vacarne, ont fait place au calme relatif. Grâce à cette méthode, l'asile perd la physionomie d'une maison de fous et devient semblable à tout autre hôpital.

M. Wizel estime non fondés les reproches faits par quelques médecins russes au traitement par le repos au lit, à savoir que les malades traités au lit perdent de leur poids, qu'ils souffrent de la constipation, qu'ils se livrent à la masturbation et s'habituent tellement à rester couchés qu'il est fort difficile de les ramener à l'ancien régime; après l'expérience qu'il en a faite, l'auteur est devenu le plus ardent partisan de la méthode du traitement par le repos au lit. E. Blin.

X. **Quelques points du traitement des aliénés chroniques**; par Francis O. Simpsons. (*The American Journal of Insanity*, 1901, p. 601-614.)

On a fait davantage, dit l'auteur, pour les cas de folie aiguë que pour les malades chroniques. Il envisage alors successivement :

les mesures hygiéniques (bâtiments, personnel, utilisation des malades, système d'éclairage, de ventilation, etc.), le traitement diététique (le régime des tuberculeux, le régime végétarien des épileptiques, l'usage de l'alcool et du lait) et enfin le traitement médical (en particulier dans les cas de turbulence et d'insomnie). Sa conclusion est qu'en somme ce qui manque pour réaliser les améliorations demandées pour chacun de ces points, c'est avant tout un nombre suffisant de gardiens. SIMON.

XI. **Sur les lésions cellulaires corticales observées dans six cas de troubles mentaux infectieux**; par le Dr M. FAURE. (*Revue Neurologique*, décembre 1899.)

L'auteur communique les résultats de l'étude de deux nouveaux cas de troubles mentaux, d'origine toxi-infectieuse, à forme de confusion mentale, accompagnés de lésions cellulaires corticales.

Comme dans deux cas publiés précédemment, les caractères principaux des lésions cellulaires corticales sont : gonflement de la cellule qui prend une forme globuleuse et arrondie ; disparition des grains chromophiles ; éclaircissement du centre de la cellule ; migration périphérique du noyau. Cette altération est absolument généralisée dans un cas où, d'ailleurs, les signes cliniques furent très accusés ; elle est plus discrète dans le second cas où les signes cliniques furent moins accusés. Les observations faites d'autre part par l'auteur dans le délire au cours des maladies aiguës, tendent à faire considérer ces lésions cellulaires comme en relation avec l'empoisonnement d'un organisme fébricitant, infecté, intoxiqué, et présentant, pour ces raisons, les accidents cliniques qui constituent le tableau du délire des maladies aiguës et la confusion mentale.

Considérant que les grandes cellules pyramidales sont susceptibles, comme les cellules spinales, de dégénérer, de s'atrophier et de disparaître à la suite de la section ou de la lésion de leur prolongement périphérique ; qu'il est possible, et même vraisemblable, que cette atrophie s'accompagne des mêmes aspects morphologiques dans les cellules cérébrales et dans les cellules spinales, il y a lieu de présumer l'origine secondaire des lésions cellulaires cérébrales observées. E. B.

XII. **Tic de déglutition chez un hystérique. — Traitement et guérison. — Considérations**; par le Dr P. HARTENBERG. (*Revue de psychologie clinique et thérapeutique*, juin 1899.)

L'auteur a été appelé à donner ses soins à un hystérique, atteint, entre autres accidents, d'un tic de déglutition se produisant dans les conditions suivantes : le malade ressentait constamment dans le pharynx une impression de gêne et d'obstruction ; en même

temps, il éprouvait un impérieux besoin d'avaler, auquel il obéissait fréquemment par la déglutition d'une faible quantité de salive : le mouvement se répétait environ toutes les cinq minutes : le sujet ne pouvait l'empêcher qu'avec peine pendant quelques minutes, au bout desquelles le spasme se reproduisait avec plus de fréquence et d'intensité. M. Hartenberg usa d'abord sans succès de l'électrisation à dose suggestive ; il recourut ensuite au procédé suivant : lorsque le besoin d'avaler se faisait sentir, le malade devait ouvrir rapidement la bouche et faire une large inspiration; par cette simple manœuvre, lui affirmait M. Hartenberg, l'envie d'avaler se passerait de suite. Ce conseil était basé sur ce fait physiologique que le mouvement de déglutition n'est possible que la bouche fermée, et que l'inspiration pulmonaire le contrarie. Un premier essai fait sous la surveillance et la direction de l'auteur fut pleinement couronné de succès ; le malade se rendit compte qu'il avait en son pouvoir le moyen de se guérir; soutenu par cette confiance et par la constatation des résultats déjà obtenus, il continua ses exercices thérapeutiques ; en quelques jours, la guérison était complète ; elle persistait six mois plus tard.

L'auteur fait observer que, dans ce cas, l'amélioration rapide obtenue paraît devoir être attribuée plutôt à la modification de l'état mental du sujet, de son état affectif fondamental, qu'à la production d'une action antagoniste ou mieux contrariante, créée par des exercices méthodiques et volontaires. Le premier résultat obtenu par le procédé thérapeutique employé a été le relèvement de la confiance chancelante du malade, à la suite de la réussite de ses premiers essais. L'état affectif du sujet marqué d'abord par la tristesse, la dépression, est passé ensuite à la joie, à l'espérance et la guérison est survenue à la faveur de ces émotions sthéniques. « C'est à la modification de l'état mental, écrit M. Hartenberg, que nous devons attribuer les succès rapides obtenus chez les hystériques, mais cette modification est indirecte ; elle se fait par l'intermédiaire du procédé utilisé par l'opérateur; ce procédé, c'est le clou auquel s'accroche l'espoir du malade ; c'est la fissure par laquelle la conscience s'infiltre à nouveau dans son cœur. Et si l'on songe combien sont impressionnables et versatiles les cerveaux des hystériques, on comprendra toute la sollicitude que méritent ces petites manœuvres préparatoires qui paraissent indifférentes et sont, en réalité, capitales pour le succès définitif de la cure.

A. FENAYROU.

---

ASILE D'ALIÉNÉS DE NAVARRE, près Evreux. — Le Conseil municipal, par 15 voix contre 3, a voté le refus de l'autorisation aux sœurs de l'asile d'aliénés.

# NÉCROLOGIE.

**Le Dr H. DAGONET**

Médecin honoraire de l'Asile clinique (Ste-Anne.)

Le 4 septembre 1902 s'éteignait à Paris, à l'âge de quatre-vingts ans, après une longue et douloureuse maladie, entouré de l'affection des siens et de la vénération de tous, le Dr Henri Dagonet, médecin honoraire de l'Asile clinique, professeur agrégé de l'ancienne faculté de médecine de Strasbourg. Il était un des représentants les plus distingués de la psychiâtrie française.

H. Dagonet, né le 3 février 1823 à Châlons-sur-Marne, avait été reçu docteur en médecine de la Faculté de Paris, le 11 mai 1849, après de solides études médicales, terminées par la soutenance

d'une thèse très remarquée ayant pour titre : *Des considérations médico-légales sur l'aliénation mentale*. Cette thèse révélait chez le jeune docteur une vocation bien arrêtée pour les études de psychiâtrie. Fils de Grégoire Dagonet, créateur de l'Asile de Châlons-sur-Marne, qui a laissé un nom justement estimé de médecin remarquable et d'administrateur hors ligne, H. Dagonet avait été orienté de bonne heure vers la psychiâtrie. Déjà, en 1848, il avait rempli les fonctions d'interne à l'asile d'aliénés de Fains (Meuse). C'est là qu'il eut la bonne fortune d'avoir pour maître Renaudin, qui avait fait de la science médico-administrative son étude de prédilection et à qui les aliénés doivent bien des mesures généreuses et tutélaires. C'est sous sa savante direction que le jeune disciple, qui avait appris de son père à aimer les aliénés et qui avait trouvé en lui un premier éducateur, affirme avec autorité qu'un médecin aliéniste ne saurait se confiner étroitement dans des étude spéculatives s'il veut réellement être à la hauteur de sa mission.

L'enseignement de Renaudin, de qui il resta l'ami, devait d'ailleurs exercer sur la carrière de H. Dagonet la plus heureuse influence, car les travaux et les luttes administratives qu'il entreprit parfois, montrent à quel point il se préoccupait non seulement du sort moral, mais aussi du sort matériel des aliénés, C'est lui qui plus tard, en 1863, s'occupa le premier du couchage des gateux et imagina une toile imperméable vulcanisée dont l'usage se répandit rapidement. Un mois après sa thèse, le 20 juin 1849, il était nommé interne à Maréville (Meurthe). Le 5 juillet 1850 ses travaux scientifiques et la connaissance approfondie qu'il possédait de la langue allemande le désignèrent, malgré son jeune âge, pour le poste de médecin en chef de l'asile d'aliénés de Stephansfeld, rendu vacant par la démission de Rœderer. Il n'avait alors qu'un an de doctorat. Depuis cette époque, H. Dagonet travailla sans relâche, comme le prouvent ses nombreuses publications. Le 15 novembre 1853, il prenait part au concours d'agrégation en médecine ouvert devant la Faculté de Strasbourg. Ses protecteurs redoutaient pour lui un insuccès, ainsi qu'en témoigne la correspondance privée trouvée après sa mort. Ses concurrents étaient en effet redoutables. Il fut néanmoins nommé dans la section de médecine à la suite d'un brillant concours et après avoir soutenu une thèse sur *La respiration et l'hématose dans les maladies*. Il entra en fonctions par arrêté du 15 janvier 1854. Ce fut à ce concours que Kœberlé et Hergott furent nommés dans la section de chirurgie et Léon Coze dans la section des sciences accessoires.

En 1858, à la suite d'un rapport élogieux de Legrand du Saulle, il fut nommé membre correspondant de la Société médico-psychologique de Paris, qu'il devait présider plus tard, en 1885. Dès 1849, 25 juillet, il avait été nommé membre de la Société de médecine du département de la Moselle, et le 14 mars 1851 il entrait comme

membre correspondant à la Société de médecine de Strasbourg. Les membres de la Société académique de Châlons, des Sociétés de médecine de Nancy et de Metz, de Gœttingen, etc..., le reçurent également dans leurs rangs.

Le rôle que Dagonet joua à la Faculté de Strasbourg fut considérable. Il inspira de nombreuses thèses sur l'aliénation mentale, mais il eut surtout le mérite de fonder à Strasbourg le premier enseignement officiel de psychiâtrie. Ses cours furent également suivis par les élèves de l'Ecole de santé militaire et tous les médecins de l'armée qui ont passé par Strasbourg se rappellent cet enseignement clair, précis, méthodique, dépouillé de tout caractère doctrinal, professé à l'amphithéâtre de la Faculté et au lit du malade, si utile aux médecins de l'armée, qui ont à juger à chaque instant l'état mental de jeunes soldats traduits devant les tribunaux militaires. Comme l'a dit le Dr Picqué, dans l'allocution prononcée à Verdun, il est regrettable que l'Université de Paris ne se soit pas appliquée à continuer après la guerre de concert avec le ministre de la guerre, l'œuvre du Dr Dagonet. D'ailleurs les membres du Congrès de Marseille, il y a trois ans, ont manifesté le regret qu'il n'y ait pas dans l'armée d'aliénistes militaires. Nous devons rappeler que Dagonet a eu des imitateurs en Russie, et que dans ce pays il existe depuis quelques années un asile d'aliénés militaires où les médecins de l'armée russe viennent se perfectionner dans cette branche importante de nos connaissances.

Dagonet a eu le bonheur dans sa carrière d'avoir des relations scientifiques de premier ordre : Ferrus, Renaudin, Morel, Lasègue, Janet, ont été ses conseillers et ses amis, et sa correspondance privée contient de nombreuses lettres où l'on voit toute l'affection et toute l'estime que ces savants avaient pour lui. Mittermaïer, l'un des jurisconsultes les plus remarquables de l'Allemagne moderne, professeur à la Faculté de droit de Heidelberg depuis 1821, était en relations scientifiques suivies avec lui. Ce représentant du parti libéral en Allemagne, qui après Sadowa s'était séparé avec éclat du parti prussien, était bien fait pour s'entendre avec Dagonet dont la situation à Strasbourg, aux portes de l'Allemagne, avait développé les sentiments patriotiques en même temps qu'elle lui rendait naturelles et faciles les relations scientifiques avec les professeurs les plus estimés des pays de langue allemande. Mittermaïer s'occupa avec passion de toutes les questions médico-légales concernant les aliénés, il s'inspira de la grande pratique et de l'expérience consommée de Dagonet, auprès de qui il revenait chaque année. Dans les nombreuses publications qu'il a faites sur ce sujet, le nom de Dagonet est cité à chaque ligne. Schüle, le savant médecin de l'asile d'Illenau, dans le Grand-Duché de Bade, lui demanda en 1894, une préface à son Traité d'aliénation mentale, qui venait d'être traduit en français par les soins du Dr Jules Dagonet, son fils,

aujourd'hui médecin en chef de l'Asile clinique, et du Dr Duhamel ; et l'on peut voir dans la préface du médecin allemand la haute estime dans laquelle il tenait notre compatriote.

En 1862, il publia en même temps que Marcé, un *Traité des maladies mentales* ; bien que cet ouvrage n'ait pu être traduit, il a pourtant, à l'époque où la science française projetait sur le monde entier un glorieux rayonnement, servi de bréviaire à tous ceux qui à l'étranger parlaient notre langue. Son premier commentateur, le Dr Rousseau, a dit de ce livre : « Cet ouvrage constitue le premier inventaire de la science psychiâtrique, dont il constate les richesses en même temps qu'il en signale les imperfections. » L'histoire du crétinisme et de ses rapports avec le goitre avait été confiée à la plume savante de Kœberlé. Le chapitre relatif à l'administration des asiles a été écrit par le Dr Renaudin, le maître de H. Dagonet. Cet ouvrage, de 816 pages, a eu 3 éditions, la 2e en 1876, la 3e en 1894, et bien que son fils et son ancien interne Duhamel, se soient imposé la pieuse mission de la mettre au courant des idées actuelles, l'auteur a voulu écrire de sa main, déjà tremblante, tout le chapitre relatif à la médecine légale de l'aliéné, dans laquelle il avait acquis en Alsace par ses fonctions d'expert une expérience consommée.

En 1867, le 4 février, H. Dagonet, après être resté dix-sept ans à Stéphansfeld, était nommé médecin en chef de l'asile Sainte-Anne à Paris, asile récemment ouvert. Il avait eu à cette époque de nombreux et d'éminents compétiteurs mais il avait dû surtout sa nomination à sa situation universitaire, qui avait déterminé le baron Haussmann, préfet de la Seine, à le choisir entre tous. La situation de l'asile Sainte-Anne au début mérite d'être rappelée ici : L'asile comprenait deux services, qui furent donnés au Dr Lucas, de Paris, et au Dr Dagonet, de Stéphansfeld. Tous deux avaient la situation de médecin en chef de classe exceptionnelle. Un bureau central d'examen des aliénés du département, annexé à l'asile, avait à sa tête le Dr Girard (de Cailleux), inspecteur général du service des aliénés, chargé en outre de remplir temporairement les fonctions de Directeur. Enfin, un pharmacien en chef Les deux médecins en chef avaient chacun un interne en médecine et un interne en pharmacie. Le Dr Girard (de Cailleux) avait sous ses ordres deux médecins-internes, les Drs Magnan et Bouchereau. A cette époque, les médecins-internes n'avaient aucun pouvoir, M. Girard (de Cailleux) signait tous les certificats (immédiats ou de quinzaine) et statuait même sur les propositions de répartition, faites par les médecins-internes, dont le rôle se bornait à examiner les malades et à les proposer à la répartition. Cette situation ne tarda pas, heureusement, à changer. En 1870, après la retraite de Girard (de Cailleux), les deux médecins-internes devenaient médecins-répartiteurs, et médecins en chef en 1879.

En 1877, des conférences cliniques de pathologie mentale furent organisées à l'Asile par les soins des médecins. Des raisons que nous n'avons pas à rappeler ici les firent rapidement interrompre.

Henri Dagonet se confina dès lors, à Sainte-Anne dans son rôle exclusif de médecin d'asile ; se rappelant les traditions de son père Grégoire Dagonet et de son maître Renaudin, il se dévoua avec passion aux aliénés. Il eut parfois des luttes vives à soutenir, luttes dans lesquelles il triompha toujours, tant étaient grands son désintéressement et son dévouement aux malades. Il empêcha, de concert avec les Drs Loiseau et Lucas, malgré M. Husson, directeur de l'Assistance, publique, le rattachement des asiles à l'assistance mesure qu'il considérait comme préjudiciable aux aliénés.

Pendant la guerre de 1870, et malgré la Commune, il resta en fonctions à l'Asile et transforma son service en ambulance.

Il eut le grand honneur, comme président de la Société médico-psychologique de remettre le monument de Ph. Pinel à la Ville de Paris, en 1885. Le 13 juillet 1882, il recevait le ruban rouge ; le 17 mai 1888, atteint par la limite d'âge, il quittait définitivement ses fonctions pour devenir médecin honoraire.

Son œuvre fut considérable. Nous avons déjà parlé de son traité classique La *Gazette médicale de Strasbourg*, les *Annales médico-psychologiques*, de 1848 à 1895, contiennent un grand nombre de ses articles. Nous devons surtout rappeler ici les *Rapports médicaux sur l'asile de Stephansfeld* publiés dans la *Gazette médicale de Strasbourg* de 1851 à 1860. Ce sont des modèles dans lesquels l'auteur montre à la fois ses connaissances approfondies en médecine mentale et ses qualités d'administrateur. Leur ensemble forme un véritable traité de médecine et de science médico-administrative, toujours utile à consulter. Il avait publié en 1855 une *Etude statistique* remarquable sur *l'aliénation mentale dans le département du Bas-Rhin*. Le Dr Erlenmeyer, un des fondateurs du *Correspondenz-Blatt für Psychiatrie* appréciait cette étude dans les termes suivants : « C'est avec joie que nous l'avons reçue de l'auteur, dont les rapports sur l'asile de Stéphansfeld sont toujours lus par nous avec le plus grand intérêt, parce qu'ils abondent en observations exactes et qu'ils témoignent d'un jugement sain et élevé. Elle est le résultat d'un immense labeur et de soins infinis. Puisse notre patrie allemande suivre l'exemple qui nous est donné par cette statistique du Bas-Rhin, la première qui ait été faite, et combler la lacune qui existe actuellement en nous faisant connaître le nombre des aliénés dans les différents pays allemands. » Erlenmeyer publiait en 1863 un ouvrage sur les établissements publics et privés d'aliénés dans tous les pays d'Europe. C'est à H. Dagonet qu'il s'adressa pour réviser le chapitre concernant la France.

Enfin, nous signalerons les études publiées par H. Dagonet sur les *Réformes à introduire dans la loi 1838*. Cette loi, qui donnait

satisfaction aux intérêts de l'époque, n'était pas sans inquiéter bien des esprits. Mû par les sentiments les plus libéraux, il a su formuler avec talent, en termes précis, et avec l'autorité que lui donnait une longue expérience, une série de vœux destinés à assurer la garantie des intérêts sociaux tout en prévenant le danger des séquestrations arbitraires, problème qui passionne encore et à juste titre tous les esprits de notre époque. D'autres, plus compétents, diront le rôle important qu'il a joué dans les débats passionnés qu'a soulevés l'application de cette loi. Qu'il nous suffise de rappeler ici que H. Dagonet demandait des garanties plus larges pour la liberté individuelle, une intervention plus active de la justice afin d'éviter les séquestrations arbitraires, et aussi la création d'une Commission supérieure des aliénés, composée d'administrateurs et de médecins. Cette commission devait donner son avis sur toutes les affaires que lui soumettrait le Gouvernement, statuer sur les réclamations des intéressés, et en même temps se tenir au courant des améliorations apportées au régime des aliénés chez les diverses nations. Il demandait en somme un rouage intermédiaire entre l'asile et l'autorité qui régit l'asile et dont il peut être nécessaire de réprimer les abus.

On peut dire, en résumé, que H. Dagonet ne s'est désintéressé, au cours de sa longue et laborieuse carrière, d'aucune des questions de la psychiâtrie et que son nom unanimement respecté à l'étranger restera dans le souvenir de tous les psychiâtres français.

H. Dagonet ayant voulu reposer en terre lorraine, les obsèques ont eu lieu à Verdun le mardi 9 septembre. La levée du corps avait eu lieu la veille à l'Asile clinique : tout le personnel et les nombreux amis du défunt étaient présents. Parmi les couronnes on remarquait celle de l'Asile clinique et celle de l'asile de Stéphansfeld, envoyée par le directeur, le Dr Vorster. Deux discours ont été prononcés au départ, par le Dr Magnan, au nom des médecins de l'asile, et par le Dr Christian, de Charenton, au nom de la Société médico-psychologique.

A Verdun, deux discours ont été également prononcés, l'un par le Dr Dubuisson, le successeur du Dr Dagonet à l'Asile clinique (lu par le Dr Quesneville), l'autre par le Dr L. Picqué, chirurgien en chef des asiles, au nom des amis de la famille.

Une foule nombreuse, parmi laquelle on voyait beaucoup d'officiers de la garnison, avait tenu à honneur de conduire à sa dernière demeure ce savant patriote qui a voulu reposer près de la frontière, pour montrer sans doute que sa dernière pensée avait été pour la France, dont il avait toujours pleuré les désastres.

---

# BIBLIOGRAPHIE.

VIII. *Le liquide céphalo-rachidien;* par J.-A. Sicard, chef de clinique des maladies nerveuses à la Salpêtrière ; 1 vol. de l'*Encyclopédie Léauté*, chez Masson, 1902.

Cet ouvrage paraît avec une préface du Pr Brissaud, qui, par certains côtés, l'a aussi inspiré. Il a toutes les qualités d'un livre viable : clarté d'exposition, précision du détail ; et surtout il vient à son heure. La préface en est, en quelque sorte, le premier chapitre. Dans cette étude embryologique le Pr Brissaud établit l'unité d'origine et de fonctions des cavités nerveuses ; ses conclusions confirment l'expérimentation et la clinique.

M. J.-A. Sicard a divisé son livre en quatre chapitres. Le premier, que tout étudiant doit lire, a trait à la *technique de la ponction lombaire*. Il y a là un exposé fort clair de la rachiponction : préparation du malade, points de repère, instrumentation, acte opératoire, incidents, suites de l'intervention ; tous points qui ont trait à la pratique journalière des maladies nerveuses.

Une deuxième partie précise les *indications thérapeutiques* de la ponction lombaire. M. J.-A. Sicard les divise rationnellement en deux groupes : l'un agissant par soustraction du liquide céphalo-rachidien ; l'autre par injection sous-arachnoïdienne de substances diverses. Les périodiques de ces dernières années sont pleins de faits qui proclament les résultats favorables de la soustraction de liquide céphalo-rachidien dans l'hydrocéphalie, la chlorose, l'urémie, la méningite non tuberculeuse ; par contre on sait l'insuccès de la méthode dans le tabes, la paralysie générale, certains néoplasmes cérébraux. Tous ces résultats sont consignés dans cette partie du livre. De même la méthode des injections liquides ou gazeuses, avec ses indications et ses résultats est brièvement exposée. Enfin M. J.-A. Sicard a écrit quelques pages sur deux questions à lui familières : la sérothérapie tétanique sous-arachnoïdienne et la rachicocaïnisation. — La troisième partie résume *l'histologie de la cavité sous-arachnoïdienne*. A noter un intéressant exposé de la circulation lymphatique dans le névraxe.

C'est au quatrième chapitre que l'auteur a donné les plus larges développements. Après avoir étudié le *liquide céphalo-rachidien* avec ses caractères physico-chimiques, M. J.-A. Sicard en rappelle la mécanique circulatoire, le rôle de dissémination, les processus de sécrétion et de résorption. Puis du liquide normal il passe à l'étude du liquide pathologique et dans des pages d'un grand inté-

rêt, il en expose les caractères bactériologiques (dans les méningites surtout) et les caractères cytologiques.

La cytologie du liquide céphalo-rachidien est, vraisemblablement, appelée à un grand avenir. Déjà elle a éclairé d'un jour nouveau les processus méningés les plus divers, et l'auteur après un court résumé de la technique histologique et un exposé critique de la méthode, en analyse les résultats dans nombre d'affections (méningites aigües, paralysie générale, tabes, syringomyélie, méningo-myélite syphilitique et tuberculeuse, tumeurs du nevraxe, hémiplégie, poliomyélites, polynévrites, épilepsie, neurasthénie, etc...).

M. J.-A. Sicard conclut à l'importance, pour le médecin, de l'étude de la cavité sous-arachnoïdienne et du liquide céphalo-rachidien. Déjà le diagnostic y puise de précieux renseignements; et sans doute la thérapeutique de l'avenir trouvera dans la voie arachnoïdienne, de puissants moyens d'action sur certains troubles du névraxe.

En somme, petit livre dont la lecture s'impose au clinicien et à l'étudiant. Le premier y trouvera le reflet des travaux du Pr Brissaud, du Dr Widal et de l'auteur; l'enseignement du Pr Raymond. Le second, sous une forme concise, lira avec fruit un chapitre nouveau dont s'est enrichie la clinique dans le diagnostic des maladies nerveuses. L.-E. Morel.

IX. *Rapport médical et compte moral et administratif de l'asile de Blois pour* 1901; par le Dr Doutrebente, médecin-directeur.

Population de l'année, 568; existants fin 1901, 435; admissions, 106, dont 97 pour le département; 13 p. 100 d'alcooliques; sorties, 87; décédés, 56.

Le service médical comprend un médecin en chef, un médecin adjoint et un interne. A eux trois, ils ont à prendre les observations de deux malades nouveaux, en moyenne, par semaine. Il s'agit là d'un asile normal.

Le nombre des épileptiques, dits non aliénés, est de 31 (16 hommes et 15 femmes). Relevons cette opinion que nous avons toujours soutenue avec bien d'autres : « Il est de toute importance, en médecine mentale, de pouvoir traiter les aliénés au début de la maladie : le meilleur traitement, c'est l'isolement de la famille et des habitudes antérieures, isolement qui doit être pratiqué aussi rapidement que possible dans un établissement spécial ».

La *proportion des guérisons* est de 39,21 p. 100. De 1891 à 1900, sur une population moyenne de 479 malades, les décès ont été en moyenne de 54. « Nous sommes heureux de constater, dit M. Doutrebende, à l'époque où l'on s'occupe tant des moyens de combattre l'extension de la *tuberculose* que sur 56 décès (en 1901), il n'y a

que deux cas de tuberculose, soit une proportion de 3,57 p. 100. Nous n'avons pas, à l'heure actuelle, un seul cas de tuberculose chez les femmes et du côté des hommes il n'y a qu'un seul cas avéré et deux cas douteux ».

L'asile contient encore 25 aliénés au compte du département de la Seine (il y en avait 48 précédemment). Il n'en prend plus, ce qui a permis de supprimer l'encombrement et d'assister, comme on le doit, les malades du département.

Il n'y a pas d'aliénés condamnés. Pour les hommes et les femmes, le *service de nuit* est assuré par un veilleur et une veilleuse, contrôlés automatiquement par les postes du système Collin-Wagnert. Ce personnel nous semble insuffisant pour assurer la sécurité des malades. Il y a un aumônier (1,600 fr.), les frais de culte figurent pour 786. Il y a là une économie à réaliser, ainsi que cela a lieu dans certains asiles dont nous parlerons.

Un point intéressant à relever concerne la boulangerie. Voici ce qu'écrit M. Doutrebente : « Il a été fabriqué 148.496 kilogr. de pain, pendant l'année 1901, et dépensé 36,244 fr. 51 pour cette fabrication, d'où le prix du kilogr de pain pour l'année 1901 ressort à 0 fr. 24408. La moyenne du prix du pain vendu par les boulangers de la ville de Blois a été de 1 fr. 50 les 5 kilogr., soit 0 fr. 30 le kilogr. Notre prix de revient étant de 0 fr. 24 408, c'est un bénéfice de 0 fr. 05592 par kilogr. que l'asile a réalisé en fabriquant son pain, soit, pour 148.496 kilogr. un *bénéfice net* de 8 303 fr. 79. »

Nous signalons ces résultats à l'attention de l'Administration préfectorale de la Seine et du Conseil général, qui ont une tendance à créer une boulangerie à l'asile de Vaucluse où le pain, fourni par l'adjudication serait, d'après des renseignements qui nous ont été donnés, de médiocre qualité. — Le prix moyen de revient de la journée, en 1901, a été de 2 fr. 5442. Relevons en terminant ce fait que le médecin-directeur utilise ses malades le plus possible dans l'intérêt de leur traitement et dans celui de l'asile et qu'il parvient, par sa bonne administration, à assurer un parfait entretien de son établissement, et, en outre, chaque année à faire des constructions nouvelles. M. Doutrebente montre par ses communications scientifiques au *Congrès des aliénistes et neurologistes* et par sa gestion, qu'on peut être à la fois un bon médecin et un bon administrateur.

Pour compléter cette rapide analyse, nous croyons utile de reproduire textuellement les renseignements que, sur notre demande, M. Doutrebente a bien voulu nous adresser. Il dit :

« Toutes les constructions neuves ont été faites à nos frais et avec nos propres ressources et à l'aide d'emprunts départementaux que nous amortissons et dont nous faisons le service des intérêts. — L'asile de Blois a coûté au département depuis 1840, 300 000 fr. seulement. Depuis, l'asile s'est construit, agrandi, réparé

et amélioré sans aide ; il a acheté et payé son pensionnat et l'a agrandi, ; je n'ai fait d'ailleurs que suivre les errements de mes prédécesseurs et j'ai fini de payer les gros emprunts faits quelque temps avant mon arrivée, soit 300 000 fr. en deux emprunts.

« Depuis mon arrivée, nous avons terminé le pensionnat, refait la ferme et construit deux pavillons d'isolement. A l'asile nous avons installé une buanderie modèle, un laboratoire et une salle d'autopsie, 8 chambres d'isolement ; 60 lits nouveaux pour 2 services d'hommes et 2 grandes infirmeries pour hommes et femmes avec 9 chambres d'isolement...

« En principe, toutes les *autopsies* sont faites ici, à moins d'opposition formelle des familles, ce qui est fort rare d'ailleurs, l'interne tient un cahier spécial où il consigne le résultat. En 1901, ce service a été fort bien fait par M. Vernet, qui a fait une belle thèse sur notre hospice d'épileptiques simples.

« Un service d'idiots des deux sexes a été installé pour 30 idiots dans les anciennes infirmeries (provisoires) ; ils seront placés près l'hospice d'épileptiques dans quelques années et remplacés par un service de vieillards.

X. *Rapport médical sur l'asile d'aliénés de Saint-Yon (Seine-Inférieure) pour* 1901, par M. le Dr Giraud, médecin-directeur, et MM. Trenel et Hamel, médecins-adjoints.

M. le Dr Giraud fait collaborer ses médecins-adjoints à la rédaction de son rapport. On ne peut que l'en féliciter. Cela démontre que médecin en chef et médecins-adjoints peuvent travailler utilement ensemble.

La population de l'asile était de 1.265 malades au 1er janvier 1901 et de 1.259 à la fin de l'année. Admissions, 221 (dont 6 femmes alcooliques) ; sorties, 123 ; décédées, 104. « Nous avons, disent les auteurs, comme les années précédentes, suivi, pour établir le relevé des admissions, la classification du Congrès international de 1889, en ajoutant toutefois un type ne rentrant dans aucune autre catégorie : la *confusion mentale* ». Cette classification devrait être adoptée, jusqu'à nouvel ordre, par tous nos collègues des asiles. Elle faciliterait les comparaisons.

« La *caisse de secours* fondée pour venir en aide aux aliénés nécessiteux sortant de l'asile, a continué de fonctionner régulièrement. En 1901, 37 aliénées sortantes ont été assistées. Six ont reçu simultanément un secours en argent et un secours en nature. Vingt-six ont été assistées par un secours en argent. Cinq ont reçu simplement un secours en nature. La somme distribuée en argent a été de 705 francs, et 152 objets de vêture ont été donnés. Tous ces secours sont indépendants du pécule de sortie. L'actif de la caisse de secours commune aux deux asiles de Quatre-Mares et de Saint-

Yon était, au 31 décembre 1901, constituée de la manière suivante :

| | |
|---|---|
| Livrets de Caisse d'épargne . . . . . | 14 472 fr. 62 |
| Espèces en caisse . . . . . | 539 fr. 46 |
| Total . . . . . | 15 012 fr. 08 |

« Le vestiaire affecté aux secours en nature pour les femmes, comprenait au 31 décembre 1901 : 413 objets de vêture. »

La *tuberculose pulmonaire* ne figure que pour 7 cas sur 104 décès.

Nous devons citer en terminant les renseignements sur *l'école des enfants idiotes*, créée par M. Giraud. « L'école ouverte en 1891 pour les enfants continue de fonctionner régulièrement. Au 1er janvier 1901, 30 élèves étaient inscrites, réparties en deux classes. Dans le cours de l'année, l'école a reçu 10 élèves nouvelles ; 8 élèves sont sorties, soit pour rentrer dans leur famille, soit pour passer dans les quartiers d'adultes. Des appareils ont été installés (balançoires-tremplin, barres parallèles), pour apprendre l'usage de leurs membres aux jeunes idiotes ne sachant pas marcher. On n'a pas à enregistrer, cette année, de certificats d'études pour les jeunes malades dont l'éducation est plus avancée ». Ce que fait M. Giraud à St-Yon pour les enfants idiotes devrait être réalisé dans tous les asiles. B.

XI. *Rapport médical sur l'asile public d'aliénés de Quatre-Mares pour l'année* 1901 ; par LALLEMANT, médecin-directeur et THIBAUD, médecin-adjoint.

La population, le 1er janvier 1901, s'élevait à 820. Il y a eu 261 admissions, 118 sorties, dont 52 par guérison et 44 par amélioration ou rémission, 140 décès, dont 9 par tuberculose. Les admissions de 247 en 1892 ont monté à 261 en 1901. « Le nombre des *alcooliques*, loin de diminuer a augmenté cette année; il est à présumer, cependant, qu'il viendra à décroître dans les années qui vont suivre, si la consommation de l'alcool continue à baisser, comme cela est constaté depuis la nouvelle loi sur le régime des boissons. » Parmi les causes présumées de l'aliénation, les *excès alcooliques* ont été relevés 86 fois. « Pour les *alcooliques aigus*, qui guérissent aussitôt qu'ils sont privés d'alcool, il est regrettable que nous n'ayons pas le droit de les retenir à l'asile pendant six mois au moins après la disparition des troubles délirants, afin de tâcher de leur faire perdre l'habitude de boire.

« Il arrive souvent que les malades améliorés ne faisant plus de progrès dans la voie de la guérison, trouvent bénéfice à être réintégrés dans leur milieu familial. Il en est ainsi dans la mélancolie et les états de confusion mentale. Dans ces cas nous engageons les familles à les reprendre, sans attendre la guérison complète.

D'autres fois, sur les instances des parents eux-mêmes, nous accordons des *congés provisoires* à titre d'essai. Si l'amélioration se maintient et que la famille veuille conserver le malade on régularise la situation en le faisant sortir définitivement, sinon il est réintégré *sans qu'il soit nécessaire de renouveler les formalités légales de l'admission.* »

*Caisse de secours.* — En 1901, 29 aliénés ont été assistés. 3 ont reçu simultanément un secours en argent et un secours en nature. 1 a reçu simplement un secours en nature, 36 objets de vêture ont été distribués. 25 ont été assistés par un secours en argent et ont reçu une somme totale de 50 francs, indépendamment de leur pécule de sortie. L'actif de la caisse de secours commune aux deux asiles de Seine-Inférieure (Sainte-Yon et Quatre-Mares) était au 31 décembre 1901, de 15012 fr. 08, ainsi que nous l'avons dit dans l'aualyse du rapport de M. Giraud.

Le vestiaire affecté aux secours en nature pour les hommes comprenait, à la même date, 574 objets de vêture.

Cette organisation devrait être imitée dans tous les asiles. Malheureusement, il n'existe que peu d'asiles où le patronage existe soit sous cette forme, soit sous une autre. B.

---

# VARIA.

---

## Congrès international d'assistance aux aliénés (*Session d'Anvers*) (Voir p. 281).

En clôturant la discussion générale, le Congrès a pris des résolutions importantes : il a reconnu à l'unanimité l'utilité de l'extension du *patronage familial* des aliénés à côté des asiles. Sur l'initiative des délégués français, il a reconnu la nécessité de faciliter l'entrée des aliénés dans les hôpitaux dès les premiers symptômes du mal, le traitement immédiat étant la plus grande chance de guérison dans la folie.

Le Congrès constate, ensuite, qu'il importe que le *personnel attaché aux asiles* reçoive une *instruction théorique et pratique*. Cette instruction doit être confiée au corps médical de l'asile. La *direction* d'un asile doit être dévolue à un *médecin* ; et tout asile devrait posséder un médecin par 100 malades. Ce médecin aura son logement dans les locaux hospitaliers. La clientèle privée doit être interdite au directeur de l'asile, et celui-ci doit être pourvu d'un laboratoire.

Les délégués ont été unanimes à reconnaître : 1° La nécessité de diminuer le surmenage du personnel dans les asiles ; — 2° De

créer dans les colonies familiales un asile-école pour les enfants idiots et imbéciles ; — 3° D'augmenter le nombre des médecins dans les asiles, et d'organiser dans ceux-ci un service chirurgical.

Enfin, le Congrès a voté les conclusions suivantes, qui résument l'ensemble de ses travaux :

1° Pour une partie assez considérable d'aliénés, qui ont besoin d'assistance et qui peuvent être soumis à ce traitement, la colonie familiale représente la forme d'assistance la plus naturelle, la plus libre, la meilleure et la moins coûteuse, et constitue, en outre, pour un grand nombre de malades, un facteur de thérapeutique important ;

2° L'assistance familiale peut être ajoutée à toute institution qui est dirigée par un psychiatre et installée, suivant les exigences du temps, spécialement lorsque les infirmiers jouissent, pour eux-mêmes et pour leur famille, de conditions favorables d'habitation : ce qui est, du reste, indispensable pour obtenir de bons infirmiers ;

3° Mais, dans la plupart des grands instituts, l'assistance familiale ne pourra prendre qu'une extension restreinte. La généralisation de cette assistance ne peut être obtenue que par la fondation, dans des contrées convenables, d'établissements centraux, reproduisant en petit les institutions spéciales connues, et servant de points d'origine pour la fondation de colonies familiales ;

4° Les colonies familiales n'annihilent pas nécessairement les établissements existants, ne constituent nullement le séjour le plus convenable pour toute espèce d'aliénés ; mais elles peuvent arrêter d'une façon pratique, active et peu coûteuse, l'accroissement de ces établissements.

Le Congrès a décidé de se réunir, en 1904, à Edimbourg : en 1905, en Italie ; en 1906, en Hollande (*Revue médicale* du 8 octobre 1902).

### Asiles d'aliénés : distractions aux malades

On sait, dit le *Journal* du 15 février, quelles profondes modifications a subi, depuis quelques années, le mode de traitement des aliénés. Presque partout, les concerts, les auditions musicales, les représentations théâtrales, ont remplacé la douche et la camisole de force. M. le Dr Belletand, directeur de l'hôpital départemental des maladies mentales de Pierrefeu (Var), a, dès longtemps, traité de la sorte ses pensionnaires. Voici qu'il organise une bataille de fleurs avec kermesse. C'est la première fois qu'une fête de ce genre est donnée dans un asile d'aliénés.

Contrairement à l'assertion du *Journal*, ce n'est pas la première fois qu'on organise des distractions pour les aliénés. On pourrait citer un grand nombre d'asiles français où cette pratique existe. Tout le monde connaît le bal de la mi-carême à la Salpêtrière. Nous avons eu l'occasion, l'an der-

nier, de décrire la matinée dramatique suivie de bal, organisée annuellement pas les médecins de l'asile de Villejuif et plus particulièrement par notre collaborateur M. Briand. Tous les ans, dans notre *Compte-rendu* de Bicêtre, nous énumérons les fêtes données aux enfants de notre service (matinées dramatiques, concerts, bals, déguisements du Mardis-Gras et du jour de la Mi-Carême. Citons aussi le concert dit des frères Lionnet...

### Les aliénés en liberté

*Lugubre individu.* — Nous lisons dans la *Gazette des Bains de mer* de Royan du 14 septembre :

« Le paisible quartier de Saint-Pierre a été mis en émoi dans la matinée du 10 par les exploits, d'une nature toute particulière, accomplis par un ouvrier cordonnier nommé M..., âgé de vingt et un ans. Ce triste individu, privé depuis sa naissance de l'usage de la parole et aussi, nous aimons à le croire, du sens olfactif, a eu le goût singulier de choisir pour observatoire une fosse d'aisances, récemment construite dans un jardin contigu au sien. De grand matin, il décloua une planche du siège, et les pieds dans un sac, la tête protégée par une casserole, il plongea dans l'inconnu.

« Les habitants de la maison vaquèrent comme de coutume à leurs occupations. Bientôt une dame très honorable, qui demeure dans la maison avec sa mère et sa sœur, s'approcha de ce siège derrière lequel elle était loin de supposer qu'il se passait quelque chose. Mais elle avait à peine eu le temps de s'asseoir qu'elle se recula en poussant un cri d'épouvante. Elle avait senti l'empreinte horrible de deux mains qui la saisissaient au passage. A moitié folle de peur, elle s'évanouit. Parents et amis, accourus à ses cris, et ne voyant personne dans le petit local n'étaient pas loin de croire à une hallucination de sa part, lorsqu'ils eurent l'idée de soulever les planches, et le muet lubrique apparut, émergeant du clair-obscur Rembranesque de la fosse.

« On le fit remonter plus vite qu'il n'était descendu, et on allait sans doute lui administrer une correction bien sentie, lorsque les gendarmes que l'on était allé chercher arrivèrent sur les lieux. C'est à la justice maintenant qu'il appartiendra de donner son mot dans l'affaire ».

Ce malheureux, assurément inconscient, avait déjà eu maille à partir avec la police pour divers méfaits, des rixes, des vols de planches, d'outils, sans utilité pour lui. Il avait été arrêté et le tribunal de Marennes l'avait relâché. Maintes fois aussi il avait cherché à voir à travers des planches mal jointes, des femmes dans les cabinets d'aisances. Si on l'avait envoyé, après sa première

arrestation, à l'asile d'aliénés de Lafond, on aurait évité ce dernier acte de folie.

*J'ai des chats dans les jambes !...* — Les passants se retournaient, hier après-midi, vers quatre heures, sur un individu aux allures bizarres qui descendait en courant le boulevard Saint-Michel.

De temps à autre, il s'arrêtait pour secouer les jambes de son pantalon, et poussait des cris aigus.

Arrivé sur le quai de Montebello, il s'arrêta, monta sur le parapet du Petit-Pont, entre deux étalages de bouquinistes, et s'adressant à la foule amusée : Ma femme m'a mis des chats dans les jambes, je vais les noyer... Et il se précipita dans la Seine.

Des agents, aidés de mariniers, parvinrent, non sans difficulté, à repêcher le pauvre fou.

Conduit au commissariat de police du quartier Saint-Victor, il s'y trouva si bien qu'il dit au commissaire :

— Je ne sais comment vous prouver ma reconnaissance... Je vous ferai empailler.

Bientôt il devint furieux. Il fallut lui passer la camisole de force. On a trouvé sur lui un livret de mécanicien de la Compagnie des tramways nogentais, au nom de Victor Garcias, trente-sept ans, né à Paris. Il a été dirigé sur l'infirmerie du Dépôt (*Le Matin*, 19 septembre 1902).

---

# FAITS DIVERS.

Asiles des aliénés de la Seine. — *Concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine, Asile clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Evrard, Villejuif et Maison-Blanche, et l'Infirmerie spéciale des aliénés à la Préfecture de police.* — Le lundi 1er décembre 1902, à midi précis, il sera ouvert, à la Préfecture de la Seine, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'Interne titulaire en Médecine dans lesdits établissements. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, Service des Aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de *dix heures à midi* et de *deux heures à cinq heures*, du *lundi* 3 au *samedi* 15 *novembre* 1902 *inclusivement*. (Voir pour les conditions à remplir le Numéro des Etudiants du *Progrès Médical*.)

Le crime d'une folle. — *Une petite infirme étranglée par une folle. Tentative de suicide de la meurtrière.* — A quatre heures, ce matin, l'hôpital de Loches était mis en émoi par des cris désespérés de : « Au secours ! » poussés par une voix de femme. Ils partaient de la

direction du bassin de l'hospice. La supérieure et le jardinier accoururent et virent une femme se débattant dans l'eau. Ils la retirèrent et la transportèrent dans son lit. C'était la veuve Buffeteau, âgée de soixante-treize ans, hospitalisée depuis 1895. Interrogée par la supérieure, elle répondit : « Je voulais mourir. Vous m'avez empêchée de faire mon bonheur comme j'ai fait le sien. » En disant ces paroles elle désignait le lit voisin du sien, celui d'une petite infirme, Marguerite Lutier, âgée de douze ans.

La supérieure se pencha sur le lit de l'enfant. Elle put constater que celle-ci était morte. Elle portait au cou des traces violacées de strangulation. « C'est moi qui l'ai étranglée, dit la veuve Buffeteau, je l'ai étranglée avec un foulard, à minuit. Elle n'a presque pas crié, la mignonne! Puis je suis allée me noyer. Je savais qu'on voulait me séparer d'elle. Je l'aimais trop pour la quitter. J'aimais mieux que nous en finissions toutes deux avec la vie. Hier, j'ai cru que c'était fini, qu'on allait me l'enlever. Alors j'ai décidé de la tuer et de me tuer. »

En 1896, un an après l'entrée à l'hôpital de la veuve Buffeteau, était amenée la petite Lutier L'enfant était complètement infirme. Elle n'avait pas même l'usage de la parole. La vieille femme la prit en affection. Elle ne la quittait pas, la soignait comme une mère. Depuis quelques jours, la veuve Buffeteau éprouvait de terribles douleurs de tête et parfois déraisonnait. Elle disait qu'on voulait lui « enlever sa petite ». Vainement, on tentait de la rassurer. Le maire de Loches et le commissaire de police se sont immédiatement rendus sur les lieux, en attendant la venue du parquet, prévenu. (*Radical*, 24 juin 1902.)

Si un tel accident survenait dans un hôpital laïque, la bonne presse en tirerait un argument contre la laïcisation. Un double enseignement est à tirer de ce tragique événement : 1° La nécessité d'envoyer d'urgence à l'asile d'aliénés les *démentes* de ce genre; 2° la nécessité de créer des asiles spéciaux pour les *idiotes*.

Une grève d'aveugles. — Londres, 7 octobre. — Une grève curieuse a été déclarée hier à l'Institut des aveugles de Iunderland. Les infirmes hospitalisés sont astreints à quelques travaux manuels dont la vente leur assure un petit revenu de 14 ou 15 shillings par semaine. La semaine dernière l'administration dut, pour faire face à certaines dépenses, diminuer ce salaire de 4 shillings, d'où mécontentement et grève. Et les aveugles ont décidé d'adresser à tous les Instituts d'aveugles du Royaume-Uni une pétition les engageant à déclarer la grève générale. (*Le Journal* du 8 octobre 1902.)

*Le rédacteur-gérant :* Bourneville.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 10-1902.

Vol. XIV. Décembre 1902. N° 84.

# ARCHIVES DE NEUROLOGIE

## CLINIQUE MENTALE.

### Des obsessions en pathologie mentale [1] ;

Par le Dr Alex. ATHANASSIO,
Ancien chef de clinique mentale, médecin adjoint à l'hospice des aliénés de Bucarest.

« L'obsession et l'impulsion morbide sont de véritables stigmates psychiques de dégénérescence. »

Magnan.

Une impression plus ou moins vive qui a intéressé nos sens et notre esprit, ne reste pas toujours latente, son souvenir surgit spontanément dans notre for intérieur ; ainsi que souvent au milieu même de nos occupations journalières, sinon dans l'état d'oisiveté, tranquillité ou même rêverie, elle s'objective, nous apparaît, nous causant du plaisir ou du déplaisir selon sa nature.

Il n'est personne qui n'ait éprouvé ce phénomène bizarre de l'apparition d'une phrase, d'un passage d'une œuvre littéraire, d'un air d'opéra, de chanson, de l'impression visuelle qu'un site agréable nous a laissée, le souvenir lointain d'un paysage vu encore dans l'enfance, l'odeur agréable d'une fleur, l'odeur nauséabonde et infecte d'un cadavre, d'une pourriture pathologique, d'un endroit infect (chose se produisant fréquemment après les autopsies) ; de même le goût agréable d'un mets exquis, le goût amer ou désagréable d'un médicament, toutes ces impressions sensorielles accompagnées souvent de leur appoint psychique qui nous sont fournies automatiquement par la mémoire reviennent avec une ténacité qu'on a grand'peine de rompre ; on assiste à ces

[1] Mémoire présenté à l'Académie de médecine, mention honorable au Prix Civrieux.

représentations qui nous captivent et nous fixent au point de nous distraire et nous forcent, comme vaincus, à les accepter un moment.

Puis, par un effort de volonté, on peut se reprendre ; le souvenir obsédant est éloigné, l'activité intellectuelle normale se rétablit, c'est un épisode sans importance qui reste vite oublié. Cet oubli pourtant ne se produit pas toujours facilement, preuve le sentiment connu sous le nom d'*amour*, qui a son origine aussi dans une idée, image, impression obsédante. L'impression agréable qu'une personne nous a laissé, surgit fréquemment au milieu de nos occupations même les plus sérieuses et captivantes et c'est souvent à grand'peine que nous arrivons à nous en défaire.

Une forte émotion, un événement inattendu, une peur qui a ébranlé notre moral, se reproduit comme un écho dans notre monde psychique, la peur, la tristesse, le chagrin, reviennent à la moindre occasion, événements qui rappellent les circonstances du premier choc moral. Ces circonstances sont suffisantes à reproduire une impression semblable à la première, bien entendu à un degré atténué et souvent seulement ébauché.

Souvent il n'y a que la crainte, l'appréhension de la répétition de l'événement pénible qui nous est arrivé, constituant alors une obsession.

*L'obsession au point de vue pathologique.* — Tout autre est l'obsession pathologique. La mémoire n'en fait plus seule les frais ; elle suppose une série d'anomalies préexistantes, elle est un phénomène bien autrement compliqué que la reproduction monotone, mais transitoire dont nous parlions tout d'abord.

D'après Magnan : « L'obsession est un mode d'activité cérébrale dans lequel un mot, une pensée, une image s'impose à l'esprit, en dehors de la volonté, mais sans malaise à l'état normal, avec au contraire une angoisse douloureuse qui la rend irrésistible à l'état pathologique. »

« Pour que cette idée angoissante puisse surgir spontanément et dominer toutes les autres occupations intellectuelles, il faut préalablement une déséquilibration mentale et contrairement à ce qui a été avancé à diverses reprises, les seuls dégénérés héréditaires sont aptes à réaliser ces phénomènes pathologiques, si bien que l'obsession et l'impulsion morbide

sont de véritables stigmates psychiques de dégénérescence.

On les observe chez les individus souvent doués d'une intelligence brillante, d'aptitudes spéciales souvent remarquables, qui sont de la part de leur entourage l'objet d'une bienveillante indulgence dont on cache même quelquefois les côtés faibles ; on les juge seulement sous leurs dehors trompeurs, on excuse facilement leurs bizarreries de caractère, on les appelle des « originaux » — jusqu'au jour où un fait étrange, une impulsion qu'on doit croire soudaine vient brutalement révéler le désarroi de leur intelligence.

Que s'est-il donc passé ? Depuis longtemps, des inquiétudes vagues, des craintes que rien ne justifiait, des précautions puériles constituaient chez un individu prédisposé, un état psychique anormal. Il avait conscience de cet état, et un effort de sa volonté pouvait encore le soustraire à une maladie qui n'arrivait pas jusqu'à l'angoisse.

Le jour où les centres cérébraux supérieurs ont perdu leur contrôle et leur influence modératrice sur les centres psychomoteurs, le jour où l'état morbide s'est insidieusement installé, où l'obsession s'est définitivement imposée, une affection mentale s'est désormais constituée. »

*Historique.* — Décrite sous différents noms comme : *délire émotif*, par Morel, qui le premier en 1866 en donna une remarquable étude, désignée avant par Pinel sous le nom de *manie sans délire*, de *monomanie* par Esquirol, Marc et Georget, décrite après Morel et comprise par divers auteurs sous les *idées fixes* (Buccola), *idées incoercibles* de Tamburini, *idées impératives* par Hack Tuke, ces trois derniers auteurs considérant l'obsession comme un trouble proprement intellectuel.

Meynert la comprend sous le nom de *délire avorté*, Morselli sous celui de *paranoïa rudimentaire* qui peut rester à l'état statique : paranoia rudimentaria ideativa, ou prendre un caractère moteur : paronoia rudimentaria impulsiva. Quand à l'émotivité c'est un élément plus ou moins fréquent et important.

Onze ans après Morel (1877), Westphal nous donne une analyse fine de ce phénomène sous le nom d'*idées obsédantes*. Pour lui c'est une idée, bien que l'intelligence reste intacte, sans qu'il existe un état émotif ou passionnel, idée qui apparaît à la conscience, s'y impose contre la volonté, ne se lais-

sant pas chasser, empêche et traverse le jeu normal des idées et est toujours reconnue par le malade comme anormale et étrangère à son moi.

Différence fondamentale avec la conception de Morel. Pour ce dernier l'obsession étant toujours un trouble essentiellement émotif, tellement émotif qu'il localise le point de départ, non dans le cerveau, mais dans le système nerveux ganglionnaire viscéral, source supposée des émotions.

Pour Westphal au contraire c'est l'élément intellectuel idéatif qui est le symptôme principal, l'élément émotif, est ou absent ou, s'il existe, il est secondaire et provoqué par l'idée obsédante, dont il représente une simple réaction.

C'est l'opinion la plus répandue aujourd'hui ; ainsi en Allemagne, Krafft-Ebing regarde l'émotion comme la conséquence de l'idée dominante. « La réaction de la représentation obsédante sur la vie émotive du malade, dit-il, est particulièrement importante. L'obsession provoque une angoisse réactive violente allant jusqu'aux explosions de désespoirs et aux crises nerveuses. »

En France, Magnan dit : Il ne faut pas oublier que l'exagération des phénomènes normaux de l'émotivité s'accompagnent toujours de manifestations vasomotrices : rougeur et pâleur de la face, palpitations, etc.

Ces phénomènes survenant aussi au cours des symptômes morbides ne sont que des états réactionnels dont l'intensité est précisément due à l'excès d'émotivité, à l'émotivité pathologique des sujets. Si le sympathique intervient, il le fait secondairement et non primitivement. Il obéit à la situation mentale au lieu de la commander.

Bien des circonstances démontrent que le syndrome est avant tout un état cérébral.

L'onomatonomie, la folie du doute, le délire du toucher, l'écholalie, sont sans aucun doute des troubles du fonctionnement de l'écorce.

Enfin, les phénomènes émotionnels ont une intensité très variable, ils sont souvent réduits à peu de chose et dans certains cas même, ils disparaissent en laissant le syndrome suivre son cours, pour ne réapparaître qu'au moment du paroxysme.

En Angleterre, Mikle constate que, selon les cas, il y a dans les obsessions prédominance du trouble de la pensée, de la

volonté ou de la sensibilité, d'où l'habitude prise de la désigner par un groupe de trois phénomènes, le doute, la crainte et l'acte.

Mais en réalité, c'est l'idée qui prévaut toujours : « L'idée impérative est le grand facteur, les troubles émotifs pouvant être considérés comme secondaires et dus au conflit entre l'idée et la volonté. »

D'autres auteurs qui considèrent l'émotion comme jouant le rôle prépondérant dans l'obsession sont assez nombreux, ainsi : Berger en 1878 regardait l'obsession comme une névrose émotionnelle. Pour Friedreich l'émotion est, en règle générale, le fait primitif, et c'est surtout l'angoisse qui joue le rôle principal, représentant un symptôme de l'état neurasthénique qui est à l'origine de toute obsession. C'est aussi l'opinion de Hans Kaan, de Schuele, de Wille ; en France, de Ch. Féré, Séglas et Gilbert Ballet.

Pour Dallemagne l'émotion qui est primitive, en se répercutant vers l'écorce, y réveille des idées appropriées et l'idée à peine née, retourne à la base raviver les sentiments d'où elle est sortie. Donc dépendance de l'idée vis-à-vis du sentiment et subordination fonctionnelle de l'écorce à l'activité du restant du système nerveux.

Signalons encore dans le même sens l'opinion de Freud et Hecker qui considèrent l'obsession comme une *névrose d'angoisse*. Pour Régis l'émotion est la « conscience des variations neuro-vasculaires (Lange) et l'élément primitif et fondamental de l'obsession. »

De même que pour l'impulsion, l'émotion est un élément constant et indispensable de l'obsession. Que l'obsession soit impulsive ou idéative, comme l'obsession du doute ou l'obsession homicide si nous y supprimons par la pensée l'angoisse, l'anxiété qui s'y trouve, l'obsession n'existe plus ; par contre si nous y enlevons l'idée fixe ou la tendance impulsive, y laissant seulement l'anxiété, l'angoisse, l'obsession reste dans son fondement, dans son essence.

Tels sont ces états d'anxiété diffuse.

Il y a encore des obsédés, et ils sont nombreux, chez lesquels l'objet de l'obsession est multiplié ou se modifie s'il est unique. Les uns, par exemple, ont commencé par la phobie de la rage ; plus tard, ils ont la phobie de la malpropreté, puis celle des pièces de monnaie, etc.

D'autres ont à la fois, en même temps plusieurs obsessions. Or ce qui varie chez eux, soit successivement, soit simultanément, c'est le phénomène intellectuel ; ce qui est invariable, immuable et constant, c'est le phénomène émotif. c'est l'anxiété. Séglas fait en outre remarquer que bon nombre de cas d'obsession débutent par une phase d'angoisse pure, et Dallemagne, qu'elle finit souvent par une phase d'angoisse analogue, après la disparition de l'idée fixe.

Enfin, si l'émotion n'était qu'une réaction de l'idée fixe, son intensité devrait nécessairement être en raison directe de l'intensité de cette dernière. On observe pourtant le contraire; en général les symptômes émotionnels s'atténuent dans l'obsession au fur et à mesure qu'elle tend à s'intellectualiser.

*Classification.* — L'émotion a servi à M. Régis de base pour une classification des obsessions.

Il admet trois classes :

1° L'état obsédant à anxiété diffuse ou panophobique ;

2° L'état obsédant à anxiété systématisée ou monophobique ;

3° L'état obsédant à idée anxieuse ou monoïdéique.

On distinguait autrefois et notamment Freud les deux premières classes sous le nom de *phobies* et la dernière sous le nom d'*obsessions vraies*. — Pour la première classe (anxiété diffuse) il s'agit de déterminer d'abord quand l'émotion cesse d'être physiologique pour devenir pathologique, problème difficile à résoudre.

Pour Féré, l'émotion est considérée comme morbide : quand ses accompagnements physiologiques se présentent avec une intensité extraordinaire ; 2° quand elle se produit sans cause déterminante suffisante et 3° quand elle se prolonge outre mesure, en résumé quand ses réactions sont mal adaptées à l'intérêt de l'individu ou de l'espèce.

Pour Richet, l'émotion est morbide si elle est en disproportion (apparente) avec sa cause , si elle est chronique, si ses concomitants physiques ont une intensité extraordinaire.

L'état d'anxiété diffuse ou panophobique est un état permanent de tension émotive qui éclate par paroxysmes, à propos de tout et de rien, comme une décharge de fluide émotionnel, accumulé en excès dans l'organisme.

Une idée, une émotion, une sensation quelconques suffisent,

le moment venu pour provoquer la décharge, qui peut même se produire dans le sommeil, sous la forme de chocs anxieux (décharges émotionnelles de Weir Mitchell), de réveils brusques, avec angoisse respiratoire (réveils angoissants de Mac Ferlane).

La peur d'avoir peur (phobophobie) est un symptôme de la neurasthénie, un malade, qui peut d'ailleurs n'avoir jamais été exposé à la peur, vit dans l'appréhension permanente de cette émotion et de ces effets physiques possibles.

Il en arrive à être incapable de sortir de sa chambre sans être accompagné, obsédé qu'il est par l'hypothèse d'un accident quelconque, le malade arrive à ne plus bouger parce que tout ce qui l'entoure l'effraye.

On distingue dans l'état panophobique, l'attente anxieuse et l'attaque anxieuse, cette dernière précédée parfois d'une *aura*, partant du centre épigastrique, de la profondeur des entrailles et s'irradiant dans tout le système cérébro-spinal (Morel). L'attaque est constituée par une angoisse avec phobie (sensation d'abolition de la vie, d'évanouissement, de folie imminente, d'accident inévitable, etc.) et accompagnée des symptômes physiques du côté de la respiration, de la circulation de l'inervation vasomotrice, de l'activité glandulaire. Ces derniers symptômes d'après Freud, peuvent s'associer variablement avec prédominance des uns sur les autres dans l'attaque qui se traduit surtout alors par une crampe cardiaque, de la dyspnée, des sueurs profuses, de la boulimie, etc. Frend admet alors des attaques rudimentaires d'angoisse qui peuvent affecter :

1° Le type respiratoire ; 2° Le type cardiaque ; 3° Le type à sueurs ; 4° Le type à tremblements ; 5° Le type à boulimie ; 6° Le type à diarrhée et polyurie ; 7° L'attaque vaso-motrice ; 8° Le type paresthésique ; 9° L'attaque de frayeurs nocturnes ; 10° L'attaque du vertige.

A l'état d'angoisse vient se greffer une idée fixe ou phobique comme une sorte d'objectivation plus ou moins durable de cette angoisse qui constitue le fond de la maladie. C'est le mécanisme de l'obsession.

L'anxiété latente diffuse non encore formulée ou seulement momentanément au hasard des circonstances, qui, à un degré plus élevé dans l'échelle morbide, forme l'état obsédant avec anxiété systématisée ou monophobique.

*Monophobies ou phobies proprement dites.* — Ces dernières se présentent sous la forme d'une répulsion ou peur anxieuse originelle, chronique, portant spécialement sur un objet déterminé (phobie du velours et des fruits, du sang, des armes tranchantes, du feu, de l'eau, des hauteurs, de l'orage, d'un animal. — On les a signalés chez un certain nombre de personnages célèbres.

Survenant même avec une organisation par d'autres côtés supérieure, elle n'en ont pas moins une signification pathologique, comme de véritables déviations ou anomalies de la sphère émotive, absolument comparables aux stigmates de la déséquilibration mentale. Cette peur spéciale isolée n'est souvent qu'une manifestation d'un état constitutionnel de neuropathie.

Les caractères principaux de la phobie systématisée (monophobie) sont les suivants :

1° Elle s'allie à une hérédité chargée souvent similaire, à un tempérament neuropathique, hytérique ou hystéro-neurasthénique et peut, dans le milieu de la famille ou de l'intimité se présenter sous forme de *phobie à deux ;*

2° Son début peut être très précoce, avoir lieu dans l'enfance ou à la puberté, phobie constitutionnelle ou plus tard à tare nerveuse moins chargée à l'occasion d'un choc émotionnel, *phobie accidentelle au traumatique ;*

3° Elle peut, mais cela n'a guère lieu que lorsqu'elle constitue un stigmate indélébile de déséquilibration émotionnelle, demeurer unique et persister indéfiniment sous la même forme avec des alternatives de paroxysmes et d'accalmie :

4° Le plus souvent, plusieurs phobies systématisées se succèdent dans la vie du sujet, au hasard d'événements même sans importance, ou bien il existe une phobie primitive et permanente, prédominante au milieu d'un certain nombre d'autres phobies accessoires.

La plupart des *ereutophobes* appartiennent aussi, à la catégorie des sujets atteints de phobie systématisée, constitutionnelle unique et héréditaire (Régis).

Les phobies systématisées ont comme caractère fréquent de reproduire avec intensité pendant les paroxysmes angoissants la sensation première, reproduction qui se reconstitue intégralement soit à l'état de veille, soit dans le sommeil,

constituant alors d'après Féré une véritable hallucination du sentiment. L'extériorisation renforce l'émotion, provoquant des phénomènes physiques aussi intense que s'il y avait excitation réelle du dehors; comme dans l'hallucination sensorielle. Cette résurrection émotive s'accompagne même de véritables hallucinations des sens. Exemple les acarophobes, qui en arrivent à éprouver de réelles démangeaisons spécifiques.

La phobie systématisée peut se manifester exclusivement par des attaques angoissantes, avec tranquillité complète d'esprit dans l'intervalle (*type intermittent* ou *type rémittent*), ce dernier plus fréquent ou en dehors des attaques, la crainte subsiste sous forme de pensée plus au moins obsédante.

Les phobies ou états obsédants avec anxiété systématisée, les *phobies traumatiques* relevant de l'hystérie et les *phobies proprement dites*, ces dernières comprenant : *a*) les *phobies communes* ou peurs exagérées et *b*) les *phobies d'occasion* (Freud).

M. Régis les divise en : 1° Phobies des lieux, éléments et maladies (agoraphobie, claustrophobie, astrophobie, bacillophobie) ; 2° Phobies des êtres vivants (zoophobies, anthropophobie, gynéphobie).

M. Marrel dans une thèse récente fait une classification d'après le trouble mental et distingue aussi trois classes : 1° Phobies relatives à un trouble sensoriel ; 2° Phobies relatives à un trouble de la perception ou de l'imagination ; 3° Phobies relatives à un trouble dans les idées ou les sentiments.

2° Y a-t-il une différence entre les phobies et les obsessions proprement dites. Les premières seraient dues à la prédominance de l'état émotif, anxieux (névrose anxieuse), les dernières dues à la prédominance de l'idée, l'état émotif restant toujours le même, la nouvelle idée se mésallie à l'état émotif, ce qui nous rend compte du caractère d'absurdité propre aux obsessions.

Malgré ces différences, il y avait fréquemment combinaison de phobie et d'obsession propre.

Au début, il y avait phobie, développée comme symptôme de la névrose anxieuse. L'idée qui constitue la phobie peut être substituée par une autre idée ou plutôt par le procédé protecteur qui semblait soulager la peur. L'obsession n'est

souvent que la forme aggravée ou intellectualisée de la phobie. Lorsque la phobie, au lieu de se manifester par des crises d'angoisse intermittentes, avec calme complet dans l'intervalle, préoccupe plus ou moins dans l'interparoxysme, l'esprit du sujet, alors par une pente toute naturelle, la monophobie tend peu à peu vers le monoidéisme, et dans la pratique on a le plus souvent affaire non à des phobies systématisées pures, mais à des cas intermédiaires ou de transition entre la phobie et l'obsession.

*L'obsession proprement dite.* — L'obsession n'est souvent qu'une phobie ayant perdu son caractère de simple trouble émotif pour prendre par le fait même de son évolution celui de trouble, à la fois émotif et intellectuel ainsi M. Régis nous décrit l'éreutophobe : un jeune prédisposé à rougir dans une circonstance plus particulièrement pénible. Il a eu son choc moral, son traumatisme. A partir de ce moment, dans des circonstances déterminées, notamment la même circonstance, devant les mêmes individus, le même phénomène de rougeur émotive se produit de plus en plus pénible au fur et à mesure qu'il devient plus redouté. Ce n'est encore là que la phobie systématisée, à manifestations purement intermittentes. Mais peu à peu la préoccupation de cette infirmité envahit l'esprit du sujet, le domine, l'inquiète si bien qu'au seul souvenir d'une crise de rougeur, il en arrive à rougir. Dès lors, il y pense toujours, il y pense sans cesse, une idée fixe s'est greffée sur le phénomène émotionnel, la phobie est devenue obsession.

Quand l'obsession survient d'emblée, sans avoir passé au préalable par une phase exclusivement phobique, les symptômes caractéristiques de l'angoisse se retrouvent toujours à un degré quelconque.

Mais en général autant l'obsession tend à s'intellectualiser, autant son substratum émotif s'atténue. Il est d'usage de séparer, dans l'obsession, l'idée fixe simple et l'idée impulsive ; bien qu'au fond de toute idée il y ait un élément moteur, et que les idées obsédantes soient de véritables *impulsions intellectuelles* (Ball), Nous aurons donc des obsessions idéatives ou théoriques et des obsessions impulsives ou actives.

L'idée fixe physiologique est la forme quasitétanique de l'attention (Ribot). Elle peut absorber et dominer l'esprit à l'exclusion de toute autre manifestation intellectuelle sans

être pathologique. L'idée fixe physiologique est voulue, même cherchée parfois, en tout cas acceptée et non douloureuse.

D'après Séglas, l'attention est voulue à l'état physiologique, tandis que chez l'obsédé, elle est spontanée, automatique, et s'impose à la conscience qu'elle envahit par une sorte d'effraction de la volonté.

L'idée d'obsession a comme caractère principal d'être involontaire et en désaccord avec le cours régulier des pensées. L'individu qui poursuit un mot, un nom, un refrain, présente un rudiment d'obsession, parce que le souvenir qui s'impose à lui est involontaire, automatique et tend à dissocier son activité psychique normale en se substituant à elle. Mais ce n'est qu'un rudiment d'obsession parce qu'il lui suffit d'un effort de volonté plus ou moins intense pour chasser cet hôte importun. C'est une idée parasite, automatique, discordante, irrésistible. Kopper la considère comme paraissant née hors de notre cerveau; Séglas comme un état particulier de la désagrégation psychologique, une sorte de dédoublement de la conscience. Dans le fonctionnement normal de notre intelligence constitué par la succession harmonieuse de plusieurs idées, l'émotivité pathologique cherche à jeter une note discordante, étrangère, intruse, toujours la même qui sollicite notre attention. Cette idée discordante s'impose et domine les autres; d'où cette tendance à la dissociation ou dédoublement psychique constatée par tous dans l'obsession : ce dédoublement s'accentue dans certaines formes chroniques et incurables de l'obsession où l'idée fixe s'ancre dans le cerveau. Il est même des cas où le dédoublement étant en quelque sorte complet, l'obsession a créé chez le sujet une seconde vie à part automatique, à côté de la vie intellectuelle proprement dite.

Ainsi une malade de M. Séglas, atteinte depuis vingt-cinq ans d'obsession, disait : « Je me fais l'effet d'être double, je me sens comme deux pensées se combattant; une qui est bien la mienne, qui cherche à raisonner, mais sans succès; une autre qui me serait en quelque sorte imposée et que je subis toujours. Dans tout cela, je finis par ne plus me reconnaître, mes idées s'embrouillent et je ne puis plus démêler le vrai du faux. »

Les auteurs qualifient encore l'idée obsédante d'*irrésistible*, cela veut dire non seulement que la volonté n'a aucune action

sur elle, est impuissante à la chasser, mais qu'elle naît et s'établit de force, sans que le sujet ait à intervenir dans sa production. Mais ce dernier caractère n'empêche pas la lutte, car comme le fait justement remarquer Régis, « qui dit obsession dit lutte », ce qui différencie essentiellement, en effet, au point de vue de l'idée, l'obsession, du délire, c'est que, dans l'obsession la conscience se révolte contre l'invasion de la puissance étrangère qui tend à l'envahir et fait appel à la volonté pour la refouler; tandis que dans le délire, l'idée peut être pénible, mais elle n'est pas un élément hétérogène, s'identifie à l'esprit du malade et est acceptée avec toutes ses déductions. Cette lutte, révolte, réaction contre l'obsession, l'a fait considérer comme une maladie de la volonté. Et les obsédés sont susceptibles de donner des preuves d'une énergie peu commune pour combattre leur idée fixe et la combattent réellement, leur volonté n'est pas très amoindrie comme on le croit généralement. Mais souvent les obsédés succombent dans la lutte contre leurs idées ; alors leur attention se concentre davantage sur l'idée à chasser qui pénètre plus profondément dans l'esprit et s'impose enfin comme disent les malades tyranniquement à eux.

La lutte augmente les phénomènes d'émotivité pénible et puis à l'anxiété, l'angoisse de se sentir envahi par une idée étrangère, se joint l'anxiété, l'angoisse de ne pouvoir la chasser. Il y a ainsi une double anxiété chez l'obsédé, une anxiété primitive, origine même de l'obsession et une anxiété secondaire, celle qu'on appelle concomitante, résultant du conflit douloureux de la volonté contre cette idée. Un autre caractère et des plus anciennement et généralement attribué à l'obsession c'est d'être *consciente*. D'après Séglas pourtant, l'état de conscience personnelle ne serait pas conservé, pendant l'accès paroxystique, il est conservé seulement avant et après l'accès.

Par la présence de l'idée obsédante, constatée par un groupement de certains phénomènes psychiques, une synthèse secondaire qui, loin de s'assimiler à la synthèse principale représentant la conscience personnelle, entre en lutte avec elle et même avec assez d'avantages pour l'obnubiler toujours, l'effacer même parfois tout à fait pendant un instant, soit que le malade cède à son idée, soit que celle-ci revête une forme particulière.

Dans un certain nombre de cas, il existe donc une altération plus ou moins grave de la conscience, depuis ceux qui ne distinguent plus s'ils ont exécuté ou non ce qu'ils redoutent jusqu'à ceux, comme la femme citée plus haut, dont la personnalité est perdue ou dédoublée.

Comme autre exemple, Séglas cite un agoraphobe, qui s'exprime ainsi : « Au bout de quelques pas, il me semble que je me dédouble. Je perds la conscience (*sic*) de mon corps qui est comme en avant de moi. Je marche, j'ai bien conscience que je dois marcher, mais je n'ai pas conscience de ma propre identité, que c'est bien moi qui marche. Je fais des efforts pour me prouver que c'est bien moi et souvent il me faut interpeller un passant, entrer dans un magasin pour parler, demander quelque chose, afin de me donner une nouvelle preuve que je suis réellement bien moi. »

Un enfant de douze ans, atteint d'obsession à forme constitutionnelle, notamment d'obsession du doute et du toucher, qui parfois en se promenant restait en arrière de son précepteur, celui-ci le rappelait vers lui. L'enfant accourait aussitôt ; et après l'avoir rejoint, tout à coup il s'écriait qu'on l'avait abandonné, laissé en arrière, qu'il fallait retourner le chercher, qu'il était perdu. Il fallait longtemps au précepteur stupéfait pour le rassurer, lui persuader qu'il n'en était rien et que cet abandon n'avait jamais eu lieu. Une autre fois, voyant passer une voiture cellulaire, il aperçut le garde municipal à la lucarne. La voiture passée, le voilà pris soudain d'une grande peur, craignant d'avoir été emmené par le garde qui l'aurait regardé en passant.

Un dernier malade enfin, lorsqu'il va dans une direction déterminée, s'aperçoit au bout d'un assez long chemin « qu'il a marché automatiquement sans avoir pu saisir la transition de la marche voulue à la marche automatique ». Le voilà alors pris d'angoisse ; « je me dis tout à coup, raconte-t-il : Mais est-ce que c'est bien moi qui suis ici ? Est-ce bien moi qui marche ? Et alors je fais des efforts inouïs d'appliquer *ma conscience à cette inconscience* (sic) pour me rendre bien compte que je fais les mouvements de la marche. Si bien qu'à un moment, pendant cette sorte de crise, avant la certitude absolue, *je suis conscient d'un côté que je suis inconscient de l'autre*. D'où M. Séglas conclut que la conservation de la conscience est toute relative, et

qu'il y a un commencement de désagrégation, de dissociation du moi.

Mais il faut observer que les faits cités par Séglas prêtent à controverse. On peut les considérer comme des faits appartenant à l'automatisme psychique, du moins autant qu'à l'obsession. Ces faits ont été bien étudiés par P. Janet dans les états de dualité hystérique ou encore dus à ces rêves dans lesquels le dormeur se scindant en deux, se voit rêver.

D'ailleurs il faut s'entendre sur le sens du mot conscience. Si au point de vue psychologique MM. Séglas et P. Janet entendent la notion de l'unité de l'être, ils ont raison, mais tout autre est la notion de la *conscience* au point de vue clinique, qui désigne la perception exacte des phénomènes psychiques éprouvés, il est évident alors que sauf de très rares exceptions, la conscience est conservée dans l'obsession. Les faits connus dans lesquels les malades s'observent et s'étudient en pleine crise, ne peuvent laisser aucun doute à cet égard et nous savons qu'ils sont d'accord pour accuser cette sensation de dédoublement de deux forces contraires agissant sur eux. La constatation de ce dédoublement, l'analyse si correcte et fine du phénomène, c'est bien un attribut de la *conscience*.

La nature des idées d'obsessions est éminemment variable. Sur un nombre de deux cent cinquante cas bien nets d'obsession, M. Régis a trouvé surtout : l'obsession de la folie, de la gale, de la syphilis, du cancer, de l'attaque d'apoplexie, de la mort subite, du ramollissement, de la paralysie générale, d'un corps étranger dans l'oreille, des microbes, du contact des médecins, d'une maladie du cœur, de la blennorragie, de la rage, du vertige, de l'aphasie, de l'amnésie verbale, de l'ataxie, de l'évanouissement, de la grossesse, des enfants monstres, etc. ; l'obsession des objets pointus, du suicide, de l'homicide, du vol, de boire ou d'être soupçonné de boire, de dire ou d'écrire des choses compromettantes, d'avaler des épingles ou d'en laisser tomber dans les aliments des autres, de semer des morceaux de verre cassé, de tromper son mari, de se livrer ou de s'être livrée à d'autres, de la sexualité sous toutes ses formes, de la contamination par les excréments, les poussières, les saletés des animaux, en particulier des araignées, des mouches, des chiens, des serpents ; l'obsession de rougir, de rester seul, de la foule, du vent, des orages,

d'un cataclysme, du pétrole, de l'huile, du sang, etc. ; l'obsession religieuse et scrupuleuse avec ses infinies variétés (idée anxieuse de ne pas toucher une personne ou une chose ayant été en contact avec l'hostie sainte, en particulier les prêtres et tous ceux qui communient, de peur d'une souillure morale, et l'obligation de se laver constamment les mains, comme dans l'obsession de la contamination physique) ; l'obsession du doute, de l'indécision, du point d'interrogation perpétuel relatif à toutes choses ; l'obsession jalouse, l'obsession amoureuse, etc., etc.

Donc on peut dire qu'il existe autant de variétés d'obsessions qu'il peut naître de pensées dans le cerveau humain. De toutes les variétés celles qui ont trait à la santé et à l'existence de l'individu paraissent les plus fréquentes ; viennent ensuite celles relatives à la peur de mal faire à tous les points de vue, moral, religieux, social, etc. ; celles relatives à la peur d'un événement, d'un objet, d'un animal ; enfin l'obsession du doute et d'un sentiment quelconque.

L'origine de toutes ces idées d'obsession est une impression, un choc émotionnel primitif qui a plus ou moins fortement ébranlé le moral du malade. Freud l'attribuait toujours à une origine sexuelle, opinion combattue par M. Régis.

Les idées obsédantes ne sont pas généralement des idées absurdes, impossibles ; parfois même elles sont vraisemblables et n'ont de morbide que leur grossissement, leur domination, leur persistance. Elles peuvent présenter, cependant, un caractère particulier, auquel certains auteurs ont donné le nom de *contraste*. C'est lorsqu'elles se trouvent en contradiction complète avec les tendances du sujet.

Le plus souvent, il s'agit d'obsessions de forme religieuse. Les malades veulent prier, faire une oraison : il leur vient un blasphème, une impiété, un sacrilège, une injure grossière à la pensée ou à la bouche.

D'autres fois, les sujets sont poussés à se contredire, à dire juste le contraire de ce qu'ils pensent ou de ce qu'ils voudraient. Un rudiment de cette particularité se remarque, en dehors de toute obsession proprement dite, chez les neurasthéniques qui se plaignent de ne plus trouver leurs mots, de dire dans la conversation le mot opposé à celui qu'ils veulent et qui y voient avec appréhension l'indice d'un affaiblissement

mental. L'idée obsédante peut se modifier et se transformer par une série d'évolutions successives.

Ainsi que nous l'avons vu, la phobie systématisée est rarement unique; le plus souvent, plusieurs idées obsédantes coexistent soit similaires, soit dissemblables, l'une d'elles étant plus ou moins prédominante.

Les éléments morbides des obsessions peuvent se grouper en proportions et dans des conditions variables suivant les cas, de façon à donner au syndrome obsession une physionomie différente.

MM. Régis et Pitres, dans leur rapport au Congrès de Moscou sur la séméiologie des obsessions, donnent comme caractères généraux des obsessions : de se produire le *matin*, dès le réveil, et ce passage de la vie onirique, accompagné le plus souvent de l'oubli momentané de leur torture morale, à la vie réelle qui la fait réapparaître instantanément, est chez beaucoup, comme chez nombre de neurasthéniques, le plus mauvais moment de la journée. D'autres au contraire sont pris tous les *soirs*, à la tombée de la nuit, de paroxysmes angoissants.

Le *sommeil* est plus ou moins bon. Tantôt, l'obsession n'a aucune répercussion sur lui; d'autres fois elle a également lieu dans le *rêve*, soit qu'elle en tire son origine, soit qu'elle s'alimente, se renforce simplement en lui. Cette action du rêve sur l'obsession et l'idée fixe s'exerce surtout chez les *hystériques*, sans qu'ils en aient conscience, à l'état de veille. L'obsession se manifeste habituellement sous forme *paroxystique* et est rarement tout à fait continue.

En tout cas, dans l'intervalle des crises et même durant les crises, lorsqu'elles ne sont pas trop intenses, les sujets peuvent continuer de se livrer aux travaux de leur profession. D'habitude, ils cachent leur état d'âme et se concentrent en eux-mêmes, évitant d'en parler jusqu'à leurs plus proches. Ce n'est que lorsqu'ils sont à bout de lutter ou trop tourmentés qu'ils vont s'ouvrir au médecin, puisant dans cette confession, comme les neurasthéniques, un soulagement momentané.

M. Régis classe les obsessions en constitutionnelles et accidentelles. Les premières à hérédité chargée sont précoces, l'élément intellectuel y prédomine, elles ont une allure rémittente ou continue, sont chroniques, l'idée obsédante est multiple et peut se modifier.

Une hérédité moins chargée, surtout au point de vue vésanique, un début plus tardif, la prépondérance de la cause occasionnelle, la production d'une phase de phobie, la persistance, à un degré marqué, des phénomènes émotionnels, l'allure toujours paroxystique, enfin sa curabilité sont des caractères qui appartiennent plutôt à l'obsession accidentelle.

(*A suivre*).

---

# RECUEIL DE FAITS.

---

## Aliéné automutilateur.

Par le Dr G. POIRSON

Ancien interne de l'asile d'aliénés de Maréville.

L'observation que nous publions nous a paru intéressante à plusieurs points de vue : l'état mental du malade dont il s'agit, d'une part, et, d'autre part, les incidents pathologiques qui sont survenus au cours de la maladie, pendant la présence du sujet à l'asile public d'aliénés de Maréville. Nous réservons l'étude de l'état mental pour la fin :

OBSERVATION. — *Phlegmon du thorax, corps étrangers dans le phlegmon. — Phlegmon ante et rétro-sternal. — Pneumonie centrale gauche. — Autopsie. — Péricardite fibrino-purulente. — Epingle implantée dans le foie. — Etat mental.*

I. — *Antécédents. — Etat physique.* — T... est âgé de trente-huit ans lors de son entrée à l'asile. Il est né dans un village de Meurthe-et-Moselle. Muni d'une instruction primaire rudimentaire, il exerce les professions de verrier ou de journalier. Marié, père de trois enfants.

Les recherches sur ses antécédents héréditaires ou personnels nous apprennent fort peu de choses. Nous savons seulement qu'il a eu deux fluxions de poitrine.

C'est un homme de tempérament mixte, primitivement bien constitué, mais débilité actuellement, à la physionomie inintelligente et quelque peu bestiale, sans signes de dégénérescence nettement accusés.

Une particularité de l'état physique très importante à signaler, comme nous le verrons plus tard, est un amoindrissement considérable de la sensibilité, sans zones délimitées.

II. — *Incidents pathologiques survenus pendant le séjour de T... à Maréville.* — § 1. — Le 16 décembre, six semaines après son entrée à l'asile, on fait, en examinant le malade, qui ne s'était nullement plaint, la découverte d'un phlegmon du tissu cellulaire au-devant du grand pectoral gauche.

Ce phlegmon, dont le diamètre et la saillie sont représentés par une moitié de mandarine, est percé en son centre d'une petite ouverture par où s'écoule un pus horriblement fétide et de couleur noirâtre. Un débridement et un nettoyage en font sortir, avec une grande quantité de pus, une allumette, la mine d'un crayon de la longueur de cinq à six centimètres, et un fragment de bois de crayon.

Malgré les soins habituels, le phlegmon se propagea en tous sens : peu vers le haut ; jusqu'au rebord des fausses-côtes vers le bas ; à droite, jusqu'au bord droit du sternum ; à gauche, jusqu'à la ligne axillaire postérieure. C'était un phlegmon diffus de tout le côté gauche de la face antérieure du thorax, avec vastes décollements.

Il en résulta un grand affaiblissement général du malade, à tel point que le pronostic, à la fin de décembre, était fort incertain. Le traitement consista en alitement, incisions multiples, drainages, lavages, pansements antiseptiques.

Le 30 décembre, l'écoulement purulent, très abondant jusque-là, diminua un peu, et, dans le courant de janvier, le recollement et la cicatrisation s'effectuèrent dans la partie supérieure du phlegmon. En bas, persistait un suintement de pus et de sérosité. L'état général était devenu satisfaisant à cette époque.

§ 2. — Le mois suivant, tout semble bien fini à la partie supérieure du thorax, quand une tuméfaction se forme au niveau du tiers supérieur du sternum, tuméfaction dure, sans fluctuation. Après incision, il s'en écoule cependant une petite quantité de pus et de sérosité ; cet écoulement persiste et devient même plus abondant au bout de quelques jours.

A ce moment, se produit ce fait intéressant : à chaque inspiration; l'air extérieur entre par la plaie, et, à l'expiration, ressort mélangé au pus et à la sérosité, sous formes de bulles qui éclatent à l'orifice cutané. L'auscultation, pratiquée soit en avant, soit en arrière du thorax, fait entendre à chaque mouvement respiratoire un souffle correspondant à l'entrée et à la sortie de l'air, et des gargouillements représentant la formation et l'éclatement des bulles séro-purulentes.

A la palpation, on sent le corps sternal mobilisable, la poignée restant fixe. La percussion dénote une zone de matité environnant la plaie, peu étendue à droite, et plus à gauche, de cinq centimètres environ de largeur totale en tous sens.

Un stylet introduit avec précaution par l'orifice, s'enfonça entre la peau et le sternum, à des profondeurs correspondant à peu près aux dimensions de la zone de matité. Le sternum est dénudé de son périoste dans cette étendue.

Poussé plus profondément, le stylet passe entre le corps et la poignée de l'os, qui sont séparés complètement l'un de l'autre. puis, étant incliné, glisse en dessous d'eux, du côté gauche assez profondément (trois centimètres environ), et très peu du coté droit,

Ces symptômes montrent l'existence d'un phlegmon en bouton de manchettes, formé de deux poches situées l'une en avant, l'autre en arrière du sternum, et réunies par un trajet passant entre le corps et la poignée de l'os.

L'écoulement de ce phlegmon continua, de moins en moins abondant, pendant le mois de mars. En même temps, il devenait moins purulent, si bien qu'en avril persista seulement un suintement séreux qui finit lui-même par tarir.

L'état général, fortement débilité par toutes ces suppurations, se remonta sensiblement ; il ne redevint toutefois jamais bien satisfaisant, l'agitation continuelle du malade contribuant beaucoup à l'épuiser.

Rien d'intéressant au point de vue physique ne vint marquer la fin de l'année ni le commencement de la suivante, si ce n'est qu'au mois d'août, à la suite d'un traumatisme, la fistule sternale se rouvrit et suppura pendant quelques jours, pour se fermer ensuite définitivement.

§ 3. — Le 6 avril (un an après la guérison du phlegmon décrit précédemment), — T,.. présente le soir une température de 39°2. L'examen physique ne décèle à ce moment aucun symptôme objectif intéressant.

Les signes subjectifs sont nuls, ce qui est compréhensible, étant donné l'amoindrissement considérable de la sensibilité du sujet.

Le troisième et surtout le quatrième jour, l'auscultation révèle un souffle tubaire à timbre étouffé, du côté gauche. La percussion des poumons, par contre, ne donne rien. La percussion de la région précordiale est négative. A l'auscultation, on ne perçoit qu'un assourdissement des bruits du cœur, qui devient progressivement croissant, à mesure que la maladie évolue ; en même temps, le rythme en devient irrégulier. Le pouls, normal au début, s'affaiblit par la suite, pour devenir filiforme, presque imperceptible les deux derniers jours.

La température de 39°2 le soir du 6 avril, passe à 39°3 le 7 au

matin et à 40° le soir. Mais le 8, elle commence à descendre de 1° environ par jour, jusqu'au 14, où elle est de 35°2 le soir. Le 15, elle se relève à 36°4, pour revenir à 35°8 le matin du 16.

L'état général, déjà peu satisfaisant au début de la maladie, empire rapidement. Le 14, adynamie, refroidissement. Le 16, coma, puis mort.

Ni les symptômes observés, ni la température ne permettaient de conclure à une pneumonie. L'autopsie montra que c'en était pourtant une et donna les raisons de l'anomalie des signes objectifs et des degrés thermiques.

§ 4. Autopsie. — A l'examen extérieur du corps, on voit sur le thorax les cicatrices des phlegmons successifs que nous avons décrits. Il était intéressant de rechercher ce qu'étaient devenus le trajet fistuleux faisant communiquer les deux poches du phlegmon anté et rétrosternal et aussi la poche située derrière le sternum.

La cicatrisation, nous le constatâmes, s'était faite normalement, ne laissant comme traces que très peu de tissu fibreux. Les deux portions de l'os étaient de nouveau soudées, le corps n'était plus mobilisable. Voyons maintenant les organes de la cavité thoracique :

*Les plèvres.* — Les feuillets pariétaux et viscéraux sont unis par des fausses membranes récentes, assez serrées à gauche, plus lâches à droite, se laissant partout décoller. La cavité pleurale ne contient pas de liquide.

*Poumons.* — A droite, un peu d'emphysème au sommet et de congestion à la base. Le poumon gauche est d'aspect rougeâtre dans toute son étendue. Emphysème au sommet. Tout le reste, à la coupe, apparaît congestionné. Enfin, on trouve deux foyers d'hépatisation rouge, un dans chaque lobe, entourés de tissu non hépatisé, sauf au niveau de la scissure interlobaire, où ils sont en contact par l'intermédiaire des deux feuillets pleuraux. Ceux-ci ne présentent pas de lésions différentes de celles de la plèvre gauche en général; ils sont recouverts et unis par des fausses-membranes peu résistantes.

De ce qui précède, s'impose le diagnostic de pneumonie centrale des deux lobes du poumon gauche.

*Péricarde.* — Nous fîmes, en l'examinant, une découverte d'autopsie, celle d'une péricardite. Il en est souvent ainsi d'ailleurs. Cela a été constaté à plusieurs reprises [1].

[1] Cette péricardite est souvent une découverte d'autopsie, — Netter, *Traité de Médecine*, Charcot-Bouchard, t. IV, p. 906.

Comme nous le verrons plus loin, cette péricardite nous

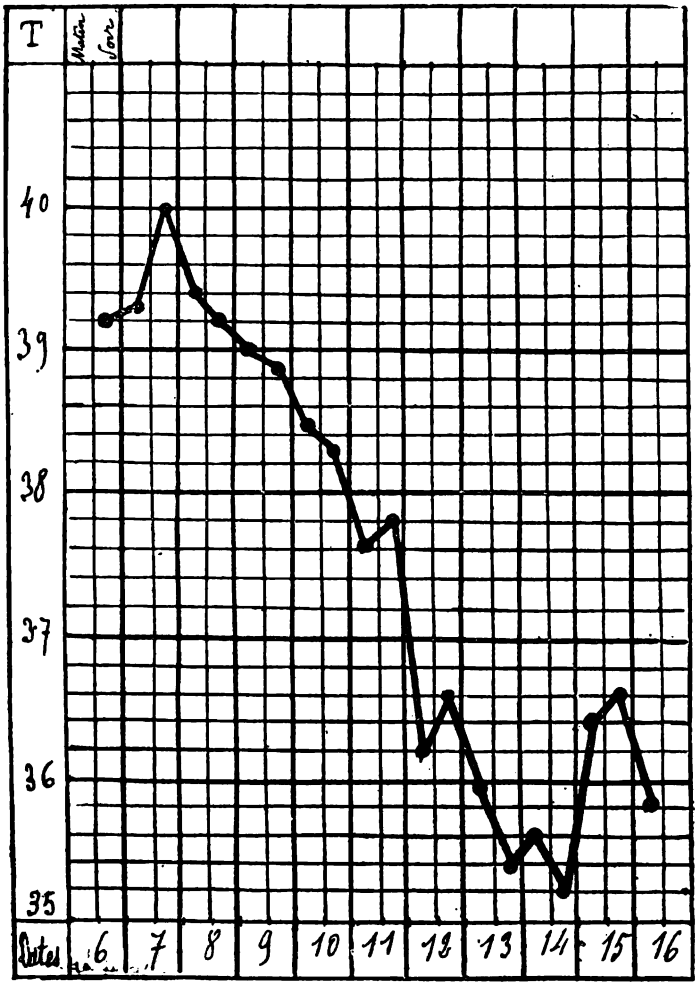



*Fig. 36.*

explique le caractère anormal apparent de la température pendant la pneumonie. Les deux feuillets de la séreuse étaient recouverts, dans toute leur étendue, d'une épaisse

couche de fausses membranes villeuses. La cavité péricardique contenait un liquide abondant (un litre environ) jaune sale, purulent. C'est à cette masse énorme de liquide que doit être probablement attribuée la mort.

On peut se demander pourquoi un épanchement aussi considérable ne fut pas soupçonné en percutant la région précordiale. C'est que la zone de matité ne se différenciait pas sensiblement de la normale, pour la raison suivante : Les poumons droit et gauche étaient maintenus en place par les adhérences pleurales et les languettes antérieures ne se laissaient pas refouler par le liquide péricardique.

*Cœur.* — Le cœur était petit, pâle à la coupe ; les parois musculaires très atrophiées et flasques. Pas de lésions valvulaires.

Nous avons dit que la péricardite nous expliqua le caractère anormal apparent de la température pendant la pneumonie.

On a remarqué en effet que, quand une péricardite survient au cours d'une maladie primitive, il arrive parfois que la température s'abaisse ; ce fait s'observe surtout chez les vieillards et les individus débilités [1]. Or c'est bien là le cas de notre malade, et on comprend pourquoi la température a commencé à baisser dès le troisième jour.

Ainsi, dans cette pneumonie, les symptômes subjectifs, frissons, point de côté, expectoration, ont manqué par suite de la très faible sensibilité du sujet.

Les signes donnés par la percussion furent négatifs et les signes stéthoscopiques peu nets, à cause de la localisation du mal au centre du poumon. Quant à la température, nous venons de voir à quoi tenait sa courbe anormale en apparence.

§ 5. — Il nous reste, pour terminer l'autposie, à parler des organes abdominaux.

Le tube digestif, la rate, les reins, etc., ne présentaient rien de particulier, et arrivons au foie, à l'examen duquel nous fîmes une nouvelle découverte intéressante. De volume normal, l'aspect et la couleur jaune étaient ceux d'une dégénérescence infectieuse et cachectique. Le lobe gauche portait à sa face supérieure une *épingle* implantée dans le tissu hépatique et dirigée de haut en

[1] V. *op. cit.* t. V, *Maladies du Cœur*, par M. André Petit.

bas et d'avant en arrière. Cette épingle, sans tête, mesure 25 millimètres. Elle était enfoncée de 15 millimètres. Les 10 millimètres restant au dehors, pressés par le diaphragme à la surface du foie, y avaient déterminé une petite gouttière. Cependant, quand le foie fut retiré de la cavité abdominale, la partie extérieure de l'épingle ne resta pas couchée dans la gouttière, mais s'en écarta d'un millimètre à peu près. La portion cachée de l'épingle s'enfonçait très obliquement dans le tissu hépatique, la pointe étant dirigée sensiblement vers la colonne vertébrale.

Il fallut employer une certaine force pour retirer ce *corps étranger*. Il était contenu dans un trajet fistuleux cicatrisé *a priori*, formé de tissu fibreux, d'un aspect blanchâtre. Autour du point d'implantation, se voyait une aire, de diamètre très réduit, sur laquelle l'aspect du péritoine hépatique était dépoli, laiteux, traces d'une inflammation très restreinte. D'ailleurs, à aucun moment de la vie de T..., on n'avait observé de symptômes de péritonite.

Nous ne trouvâmes point sur le diaphragme de cicatrice décelant le passage de l'épingle; et, cependant, il est probable qu'elle avait traversé ce muscle avant de s'implanter dans le foie, étant donnée sa direction dans ce dernier.

Quels furent le point de pénétration de l'épingle dans le corps de T..., et le chemin qu'elle suivit pour arriver où nous l'avons trouvée? Cela est difficile à établir de façon certaine[1]. On peut supposer que le malade s'introduisit ce corps étranger avec ceux que nous avons retirés de son phlegmon du tissu cellulaire au devant du grand pectoral gauche (§ 1). En admettant ce point d'entrée, comment l'épingle descendit-elle ensuite jusqu'au diaphragme? Glissa-t-elle en avant des côtes, ou bien en arrière? C'est ce que nous ne pouvons décider.

III. *Etat mental.* — § 1. Les renseignements très brefs donnés par le médecin de son pays, signalent T... comme maniaque, jaloux, violent, depuis quelque temps. A la maison de secours de Nancy, où il a passé plusieurs jours avant son internement, il eut des accès d'agitation violente « qui le rendaient dangereux pour lui-même et pour son entourage ».

A son entrée à Maréville, T... parait triste, son attitude est déprimée. Il est calme au début, cependant ne tarde pas à s'exciter et à s'agiter. Il répond assez volontiers aux questions

[1] L'orientation de l'épingle ne permet pas d'admettre qu'elle ait été avalée.

qu'on lui pose. Son intelligence est peu développée, son caractère fort niais. C'est ainsi que, très émotif, il se met tout à coup à pleurer en demandant à retourner auprès de ses enfants; mais il s'apaise facilement et se met à rire si on lui adresse quelque compliment sur lui-même, car il est très content et a haute idée de soi : il n'y a pas d'ouvriers qui gagnent plus, il est bon gars, etc.

Au bout de quelques jours, durant lesquels il s'était tenu dans une réserve presque complète au sujet des événements qui traversèrent son existence avant sa mise en observation, T... se décide enfin à parler et raconte les faits suivants, qui montrent bien les troubles profonds survenus dans son intelligence déjà anormale et débile originairement.

T... se croyait en butte aux persécutions d'une vieille femme habitant la même maison que lui. Dans cette maison, se trouvaient encore d'autres personnes, chez lesquelles un cœur de bœuf était suspendu au plafond, ce qui l'intriguait beaucoup.

Il alla trouver « une dormeuse » et lui demanda conseil. Celle-ci lui apprit que le cœur était destiné à le faire mourir, mais que s'il parvenait à couper la ficelle qui le retient, tout danger serait écarté.

Malgré l'opposition du propriétaire du cœur, T... peut accomplir la recommandation de la dormeuse. Mais tout n'est pas fini. Il se sent travaillé intérieurement, une force le pousse à sortir de chez lui et à battre la campagne. Il est à ce moment fortement halluciné et ne cesse d'entendre des voix qui sont, explique-t-il, celles de démons familiers et bienveillants.

Pour se délivrer des démons malveillants qui le travaillent intérieurement, il entre dans une église et prend de l'eau bénite. Une voix lui dit : « Vous êtes délivré, vous êtes délivré... » Néanmoins, il entre encore dans diverses maisons et demande de l'eau bénite. Il finit par en obtenir et accomplit ce qu'une voix lui commande, c'est-à-dire qu'il brûle un mouchoir que sa femme lui a mis dans la poche, et l'arrose d'eau bénite.

Dans ces pérégrinations, il rencontre un M. D..., qui est le bon Dieu et qui le délivre, et aussi un homme à cheval; cet homme est sa femme, qui a le pouvoir de se métamorphoser.

Par la suite de son séjour à l'asile, les hallucinations demeurent aussi intenses. Il voit et entend une vierge blanche; c'est elle qui le retient enfermé à Maréville; par moments, il lui répond et l'injurie grossièrement. T... n'est d'ailleurs pas seulement exubérant en paroles, mais aussi en actions; il se livre à toutes sortes d'extravagances, entre autres avale des cailloux pour faire sa digestion.

D'après ce qui précède, le diagnostic de notre malade est : *Dégénérescence et débilité mentales originaires*, avec *idées délirantes polymorphes* (culpabilité, persécution, mysticisme, satisfaction personnelle exagérée), hallucinations de la vue et de l'ouie.

§ 2. — Il a été dit au commencement de cette observation, que T... s'était introduit sous la peau, au-devant du grand pectoral gauche, plusieurs corps étrangers, allumette, mine de crayon, fragment de bois, sans compter l'épingle. Sous quelle inspiration agit-il, et quel était son but?

Malgré notre insistance à le lui demander, nous ne pûmes obtenir de réponses satisfaisantes. Ce qui est évident tout d'abord, c'est que, l'état de sensibilité très amoindrie qui était le sien, fut la cause occasionnelle de l'automutilation qu'il accomplit.

Quant à en déterminer la cause efficiente, nous ne pouvons que faire des suppositions à ce sujet. Il faudrait d'abord savoir si T... s'est introduit les corps étrangers dans le phlegmon déjà existant, ou s'il a pratiqué à la peau saine, par le moyen de l'épingle, une boutonnière au travers de laquelle il a ensuite glissé les autres objets, et a ainsi déterminé le phlegmon.

Dans le premier cas, il se pourrait que son but eut été de se guérir par ce moyen bizarre ; mais ceci semble peu probable. Les automutilateurs obéissent le plus souvent à des idées délirantes ; les uns veulent se punir des crimes qu'ils croient avoir commis ; d'autres pensent se soustraire aux persécutions. Dans certains cas, les automutilations peuvent être encore simplement le résultat, les manifestations du désespoir du malade qui s'arrache les cheveux, et qui, grâce à l'anesthésie, peut se livrer sur lui-même à d'autres mutilations [1]. Souvent aussi, il est impossible de comprendre quelle relation lie l'idée délirante à la mutilation. Aussi, dans une observation de Krafft-Ebing, un malade qui a vu la sainte Vierge se mord le genou à l'endroit où elle s'est assise, pour qu'elle réapparaisse. Nous avons vu à Maréville un malade se dévorer complètement les lèvres, et dire qu'il faisait cela, parce qu'il était emmené dans le soleil et les astres.

On voit qu'il est difficile de déterminer exactement la cause d'une automutilation, mais qu'elle doit être recherchée dans une idée délirante (mystique, de persécution, de culpabilité...)

Chez notre malade, en raison de son délire essentiellement polymorphe, et en l'absence de toute indication, la cause

[1] V. von Krafft-Ebing, *Traité de Psychiâtrie*, p. 360.

occasionnelle seule nous est connue, c'est l'amoindrissement de la sensibilité.

En cet état, T... a peut-être obéi à une voix? Peut-être a-t-il voulu se délivrer des mauvais génies qui étaient en lui? Peut-être a-t-il voulu se punir de fautes dont il se croyait coupable? Voilà, quant à la cause efficiente de sa mutilation, ce que nous pouvons supposer.

---

# REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

---

**XXVII. Des inégalités pupillaires produites par l'action différente de l'éclairage direct et de l'éclairage indirect**; par A. Pick. (*Neurolog. Centralbl.*, XIX, 1900.)

Dans la réaction des pupilles, il faut tenir grand compte de la situation de la source de lumière. Ainsi, avant tout, chez le neurasthénique et l'épileptique, puis dans les cas de psychoses fonctionnelles, notamment à la suite d'accidents, il n'est pas du tout rare d'observer une inégalité pupillaire défavorable à l'œil placé le plus près de la fenêtre. C'est que le sujet est éclairé latéralement. Le place-t-on de façon que l'autre pupille qui vient d'apparaître la plus large soit la plus rapprochée de la fenêtre, c'est elle maintenant qui semble plus étroite que la première, actuellement la plus éloignée de la baie. Cette inégalité pupillaire se produit alternativement à volonté; il suffit que l'éclairage porte uniformément sur les deux yeux en même temps pour qu'elle disparaisse à son tour. Il s'agit d'individus à pupilles très mobiles, réagissant énormément sous de très faibles différences de lumière, qui présentent une sorte d'hyperesthésie de l'appareil centripète; peut-être aussi y a-t-il simultanément exagération de fonction de l'appareil centrifuge (Bach, Elschnig, Pick). P. Kravaal.

**XXVIII. De la valeur du réflexe scapulo-huméral**; par W. de Bechterew. (*Obozrénié psichiatrii*, V, 1900; *Neurolog. Centr.*, XIX, 1900.)

Même article en russe et en allemand. C'est une réponse à M. Haenel (*Neurolog. Centralbl.*, 1900). A la suite de la discussion, l'auteur établit que la recherche de ce réflexe peut être utile, non seulement pour le diagnostic différentiel entre l'atrophie scapulo-humérale d'origine cérébrale et l'atrophie scapulo-humérale d'ori-

gine spinale ou névritique, quand naturellement ce diagnostic se heurte à quelques difficultés, mais parfois aussi pour distinguer l'atrophie musculaire juvénile au début d'autres processus atrophiques ayant une autre origine dans la région scapulo-humérale. Au surplus, celui qui veut établir un diagnostic exact, doit examiner complètement l'organisme par tous les bouts, et ne laisser de côté aucun phénomène, quelle qu'en soit la constance, d'autant que rien n'est absolu en ce monde; les réflexes même aussi importants que le réflexe patellaire et achilléen, ne sauraient, on le sait depuis longtemps, être regardés comme absolument constants.

P. Kiraval.

XXIX. **Nouvelles communications sur les essais d'excitation électrique de la moelle des décapités**; par A. Hoche. (*Neurolog. Centralbl.*, XIX, 1900 [1].)

Il s'agit de deux guillotinés qui constituent les observations III et IV de la collection de M. Hoche. Les voici :

Observation III. — Homme de vingt-cinq ans. Chute du couteau à 7 h. 5 minutes. Début des expériences à 7 h. 7 minutes. On se propose d'employer le courant faradique aussi faible que possible; excitation bipolaire à l'aide de fines aiguilles distantes de 1 millimètre, montées sur le même manche. La colonne vertébrale a été tranchée entre les troisième et quatrième cervicales. La moelle est raide, lisse, brillante, libre dans le canal vertébral. Le contact successif de la région droite et gauche des *cordons antéro-latéraux* engendre, par le courant minimum, un mouvement de l'extrémité supérieure homonyme, limité aux deltoïde, biceps, long supinateur, ainsi qu'aux muscles de l'épaule. Ce mouvement s'accentue à mesure que l'on se rapproche des racines antérieures, il atteint son maximum quand on excite directement les racines antérieures, entre la moelle et la dure-mère. Le faisceau pyramidal, dans le cordon latéral, n'offre rien de spécial. Augmente-t-on la force du courant appliqué aux régions indiquées, on provoque, même par l'excitation unilatérale, un mouvement bilatéral symétrique, qui se propage ensuite en bas aux muscles du thorax, de l'abdomen, voire de la cuisse. A 7 h. 15 minutes, en depit de la force du courant, les contractions deviennent vermiculaires, mais un courant qui, appliqué à la surface de section, n'engendre que des contractions lentes et faibles provoque des contractions énergiques et courtes si l'on enfonce l'électrode à 1 centimètre ou un demi-centimètre. Douze minutes après la décapitation, l'excitabilité de la surface de la moelle a beaucoup diminué.

[1] Voir sur ce sujet : Loye, *La mort par la décapitation*. Librairie du *Progrès Méd.*

Observation IV. — Homme de cinquante-trois ans. Chute du couteau à 7 h. 15 minutes. Décollation à la hauteur de l'extrémité inférieure de la troisième cervicale. A 7 h. 18 minutes, un courant minimum sur la région des *cordons antéro-latéraux* fait contracter les muscles de l'épaule et du bras du même côté, et l'effet est d'autant plus grand que les pôles sont rapprochés du pourtour antérieur de la moelle et ne quittent pas la zone des racines antérieures ; il est moindre quand on excite les parties postérieures du cordon latéral. Le territoire du faisceau pyramidal ne présente aucune particularité. Un courant de force identique appliqué sur n'importe quel *cordon postérieur* et sur n'importe quel faisceau de ce cordon, engendre un mouvement bilatéral symétrique des deux bras ; les bras s'élèvent, les avant-bras se fléchissent et les deux mains viennent se croiser sur la ligne médiane au niveau du sternum. Le contact de la *racine postérieure gauche*, entre la pie-mère et la dure-mère, avec un courant faible, fait contracter les muscles de l'épaule et du bras à gauche ; si le courant est fort, les deux bras entrent en mouvement, mais surtout à gauche. Résultat semblable, *mutatis mutandis*, pour la racine postérieure droite. Qu'on procède à droite ou à gauche, les muscles du bras se contractent mieux et en plus grand nombre si l'on excite simultanément un plus grand nombre de faisceaux radiculaires postérieurs, en enfonçant les aiguilles profondément dans le canal vertébral parallèlement à l'axe longitudinal de la moelle. Les courants forts suppriment toute différenciation ; ils engendrent des actions symétriques, excitent les muscles du thorax, de l'abdomen, le diaphragme, le psoas-iliaque. A 7 h. 30 minutes, c'est-à-dire quinze minutes après la chute de la tête, l'excitabilité de la surface de section baisse rapidement ; néanmoins, en piquant des plans plus profonds, on arrive encore à renforcer l'action du courant passagèrement.

*Conclusions.* — 1° La moelle de l'homme, après la décapitation, demeure excitable au courant faradique secondaire, appliqué sur la surface de section, pendant environ un quart d'heure ; 2° les courants faibles, excitent les parties latérales et antérieures de cette surface, déterminent des contractions musculaires dans les régions homolatérales dont les fibres correspondantes naissent à peu près au niveau du lieu d'excitation ; renforce-t-on l'excitation, on agit d'abord sur l'autre extrémité symétrique, puis, sur les groupes musculaires placés sur des plans plus profonds ; 3° l'excitation des cordons postérieurs par un courant faible engendre un effet symétrique au niveau du plan d'excitation. En variant les épreuves, par l'excitation des racines antérieures et des racines postérieures, par la graduation de la quantité de l'excitation, on voit que les mouvements sont dus à l'excitation des fibres radiculaires motrices et à l'intervention réflexe des fibres radiculaires sensitives, soit isolément, soit en combinaison ; 4° les fibres du

faisceau pyramidal ne possèdent pas d'excitabilité individuelle; 5° les prolongements intra-spinaux des racines perdent leur excitabilité à l'égard du courant faradique plus tôt que leurs trajets extra-spinaux; 6° la décollation a lieu entre la 2e et la 5e cervicale; ceci permettra à l'avenir, au moyen de longues aiguilles, d'exciter isolément les racines antérieures qui commandent aux nerfs des membres supérieurs aux diverses hauteurs de la moelle cervicale; 7° si l'on commence les opérations deux à trois minuutes après la mort, on a dix à douze minutes à sa disposition; le trajet extra-spinal des racines est du reste encore plus longtemps excitable, ce qui fournit un champ d'investigations plus large. P. KERAVAL.

**XXX. La destruction du faisceau pyramidal à l'entrecroisement; par M. ROTHMANN.** (*Neurolog. Centralbl.*, XIX, 1900.)

Voici un procédé nouveau pour interrompre complètement la transmission du cerveau à la moelle par le faisceau pyramidal.

L'entrecroisement des pyramides gît, chez le chien, au-dessous de la membrane obturatrice antérieure dans l'espace qui sépare l'occipital de l'atlas. C'est à la moitié supérieure de l'hiatus osseux en question que les deux artères vertébrales s'unissent à la basilaire. De là jusqu'au bord supérieur de l'atlas, entre les deux branches spinales des vertébrales, qui ne se réunissent qu'un peu plus bas à la spinale antérieure, se trouve un petit espace permettant l'introduction d'une aiguille au milieu, sans avoir à craindre d'hémorragie notable. La dure-mère, très épaisse en ce point, est tout à fait dépourvue de vaisseaux sur la ligne médiane.

En conséquence, incision de la partie antérieure du cou, à droite du larynx, — mise à nu de la membrane obturatrice antérieure qu'on fend largement, — division de la dure-mère sur la ligne médiane de l'occipital à l'atlas, introduction d'une aiguille pointue exactement sur la ligne médiane dans le tiers inférieur de la fente longitudinale, c'est-à-dire un peu au-dessus du bord de l'atlas, jusque dans le bulbe où on la promène de haut en bas et inversement juste au milieu autant que l'hiatus osseux le permet, de façon à bien séparer les tissus. Tels sont les temps de l'opération bien supportée par le chien, à part quelque ralentissement de la respiration, qui se dissipe promptement. Jusqu'ici, 8 animaux ont survécu plusieurs semaines; quand on les a tués, on a constaté une destruction totale de l'entrecroisement des pyramides avec lésion des faisceaux constitutifs des cordons antérieurs. Intégrité de la marche et de l'excitabilité électrique de la région corticale correspondant aux membres. Un autre mémoire sera consacré aux résultats physiologiques et anatomo-physiologiques de ce procédé. P. KERAVAL.

**XXXI. Des fibres des cordons postérieurs qui vont au cervelet, et de leur importance physiologique et pathologique**; par SCHTSCHERBAK, (*Neurolog. Centralbl.*, XIX, 1900.)

Il est admis que les longues fibres ascendantes des cordons postérieurs de la moelle semblent les prolongements des fibres des racines sensitives postérieures, et paraissent servir à conduire les sensations de position, de mouvements, en un mot la sensibilité des parties profondes des membres improprement désignée sous le nom de sens musculaire ; leur atteinte entraîne aussi l'incoordination des mouvements. Mais il est, d'autre part, établi qu'une partie considérable des faisceaux de Goll et de Burdach, après avoir été interrompue par les cellules des noyaux correspondants, se porte au cervelet, sans prendre aucune part à la formation de la couche intermédiaire des olives, ni du ruban de Reil principal, c'est-à-dire des voies sensitives qui conduisent les excitations à l'écorce du cerveau et produisent les sensations ; une certaine partie des cordons postérieurs se rend au corps restiforme et au cervelet immédiatement sans être interrompue par des cellules. Donc toutes les fibres ascendantes longues des cordons postérieurs ne sont pas sensitives, ne sont pas destinées à expédier les sensations de mouvements et de position. Une partie de ces fibres, tout en restant centripète, n'a rien de commun avec la sensation proprement dite, elle sert de voie de transmission centripète du cervelet.

Dans les longues fibres ascendantes des cordons postérieurs de la moelle, il existe au moins deux systèmes. Un système, le plus étendu, qui sert de *voie centripète du cervelet*, celui-ci ne pouvant régulariser que les mouvements dont il est informé ; la destruction de ce système détermine l'*ataxie*. Un système *conducteur de la sensibilité des parties profondes*, dont la lésion entraîne une diminution ou la perte de cette sensibilité. Ces deux systèmes émanent des fibres des racines postérieures.

La voie cérébelleuse des cordons postérieurs est construite sur le plan de la voie cérébelleuse directe des cordons latéraux. Dans celle-ci les fibres des racines postérieures sont interrompues par les cellules des colonnes de Clarke, comme elles le sont par les cellules des noyaux des cordons de Goll et de Burdach dans la première. Ces deux voies sont immédiatement formées des fibres des racines postérieures qui débouchent dans la moelle. Il est à croire que les impressions cutanées périphériques sont transmises au cervelet et aux centres cérébraux coordinateurs par la voie cérébelleuse directe des cordons latéraux et par une partie des fibres du trousseau de Gowers et Bechterew. Les excitations centripètes de la peau sont tout aussi indispensables à l'action régulatrice, coordinatrice du cervelet, de là le voisinage des voies de transmission en question. Les racines postérieures qui débouchent dans la

moelle, conduisent en somme les excitations centripètes qui viennent de la peau et des parties profondes, et sont destinées, d'une part, aux appareils psychiques (excitations sensitives), d'autre part, aux appareils de coordination vulgaire (principalement au cervelet).

Le *tabès* commence par une lésion de la zone d'entrée des racines postérieures et des cordons postérieurs : c'est une dégénérescence du premier neurone centripète. La lésion des racines est segmentaire.

Mais dans chacun des segments de la moelle, toutes les fibres radiculaires ne sont pas toujours simultanément affectées au début. C'est pourquoi le tableau clinique varie, les conducteurs sensitifs de la peau, ceux des parties profondes, ceux qui vont de la peau et des parties profondes au cervelet, pouvant être atteints ensemble ou isolément. Aussi trouve-t-on à la période de début, soit un trouble de la sensibilité cutanée sans autres modifications, soit la perte de la sensibilité profonde sans modification de la sensibilité cutanée, soit simplement de l'ataxie seule sans troubles de la sensibilité, soit enfin, ce qui est le plus habituel, une perturbation de toutes ces fonctions. Souvent au début, il n'y a qu'altération des conducteurs sensibles (période préataxique), mais généralement la marche ultérieure du tabès s'accuse par l'atteinte des voies sensitives et cérébelleuses à la fois, par l'association des troubles de la sensibilité à l'ataxie, déterminée par la dégénérescence de toutes les fibres longues ascendantes des cordons postérieurs. La participation du système cérébelleux au processus tabétique s'explique par la dégénérescence continuelle des fibres des colonnes de Clarke, en rapport intime avec le cervelet. La forme ataxique de la névrite et la sensomobilité d'Exner proviennent de l'existence dans les nerfs sensibles périphériques de fibres centripètes allant au cervelet.

La *maladie de Friedreich* n'est pas une affection combinée des cordons postérieurs et des cordons latéraux. C'est une affection systématique des faisceaux centripètes et centrifuges du cervelet, entée sur un arrêt de développement congénital de la moelle, des corps olivostriés, et du cervelet. On y trouve la dégénérescence du faisceau cérébelleux des cordons postérieurs, chargé d'expédier les excitations venues des parties profondes, celle des cordons latéraux du cervelet et d'une portion du faisceau de Gowers et Bechterew qui transmet au cervelet les excitations de la peau. Par là se produit l'ataxie dénuée de troubles de la sensibilité. La dégénérescence du système cérébelleux centripète s'étend aux voies correspondantes du tronc des hémisphères, d'où, par exemple la dysarthrie cérébelleuse, à toutes les fibres qui conduisent au cervelet les excitations centripètes, d'où, la titubation, le vertige, l'asthénie Très souvent les voies cérébelleuses centrifuges de la moelle sont

aussi prises : exagération de l'ataxie, tremblements intentionnels, mouvements choréiformes. Alors le cervelet est atrophié dans sa totalité, ses faisceaux centrifuges sont lésés sous la forme de dégénérescence disséminée dans la région du reliquat des cordons antérolatéraux et du faisceau intermédiaire du cordon latéral des pyramides.

La *maladie de Friedreich compliquée* est une affection systématique combinée. Aux précédentes lésions s'ajoute : la dégénérescence des voies sensitives des cordons postérieurs ou celle des pyramides dans les cordons antérieurs et latéraux, — ou encore une affection diffuse de la moelle et du tronc du cerveau. Ces complications pathologiques expliquent les symptômes supplémentaires correspondants.

L'*hérédo-ataxie cérébelleuse*, que nous ne pouvons encore sur le vivant distinguer de la maladie de Friedreich, est une modalité cérébelleuse dans laquelle nous trouvons une lésion systématique des centres coordinateurs du cervelet, sans altérations de voies centripètes de la moelle.

L'ataxie donc, qu'il s'agisse de la maladie de Friedreich ou du tabès est cérébelleuse. Elle tient à une lésion des faisceaux des cordons postérieurs et latéraux dans le cervelet. Les phénomènes cérébelleux ne sont si faiblement développés dans le tabès que parce que toutes les voies du cervelet n'y sont pas atteintes, elles le sont systématiquement dans la maladie de Friedreich. Il existe parfois dans le tabès des accidents cérébelleux accusés ; alors la dégénérescence des fibres radiculaires gagne, par les colonnes de Clarke, les cordons latéraux cérébelleux ; en outre, il existe assez fréquemment une dégénérescence disséminée dans la région du reliquat des cordons antérolatéraux. La constante et précoce participation au processus des fibres radiculaires qui se dirigent vers les colonnes de Clarke, parle du reste nettement en faveur de l'existence d'une affection cérébelleuse dans tout tabès.

P. KERAVAL.

### XXXII. Quelques anomalies du sillon de Rolando ; par A.-M. ANTONOWSKY (*Obozrénié psychiatrii*, V, 1900),

Sept observations avec figures. — *Conclusions*. 1° Il existe des anomalies du sillon de Rolando constituées par la bifurcation de la partie supérieure de celui-ci ; 2° les branches de ces bifurcations comprennent des portions plus ou moins étendues du cerveau, entre 3 cm³75 et 7 cm³ 5 ; 3° le sillon de Rolando peut se réunir à la partie ascendante du sillon interpariétal (sulcus postcentral d'Ecker) ; 4° il peut se réunir, par un rameau distinct, à la scissure frontale supérieurs (sulcus praecentralis superior de Schwalbe).

P. KERAVAL.

**XXXIII. De l'épuisement des réflexes tendineux et de sa valeur diagnostique dans les maladies nerveuses**; par W.-M. BECHTEREW (*Obozrénié psichiatrii*, V, 1900).

Dans les myélites de la région dorsale inférieure et du renflement lombaire, au moment où le processus morbide présente une certaine amélioration, on constate que le réflexe patellaire ne se produit qu'aux premiers coups de marteau frappés sur le tendon, il s'affaiblit vite à chaque nouveau heurt et finit par disparaitre totalement. Laisse-t-on reposer le malade, on peut à nouveau le provoquer, dans sa première vigueur, mais une nouvelle investigation répétée se traduit par un nouvel affaiblissement plus ou moins rapide et finalement par la disparition absolue temporaire du réflexe. Ce phénomène est l'indice du rétablissement, en ce cas, des réflexes tendineux depuis longtemps disparus, et subsiste jusqu'à ce que ceux-ci soient parfaitement revenus à la normale. Il s'observe également à la phase de développement de la névrite multiple, ainsi qu'aux stades initiaux du tabes dorsal avant la complète disparition de ces réflexes, mais alors, en même temps que se développe l'état morbide, il s'accentue de plus en plus jusqu'à l'instant ou les réflexes disparaissent tout à fait.

Quelle est donc la valeur de l'épuisement temporaire des réflexes tendineux aux percussions répétées ? Il s'agit simplement de savoir s'il diminue ou augmente chez un malade donné dans le cours du temps. S'il diminue, c'est que la lésion génératrice s'améliore; s'il augmente, c'est que celle-ci empire. Cet épuisement a aussi sa valeur diagnostique propre, surtout quand il est associé à d'autres manifestations morbides. Ainsi, dans les périodes initiales du tabes dorsal, s'il est escorté des douleurs fulgurantes, de la lenteur de réaction des pupilles à la lumière, etc., il peut contribuer à l'établissement plus exact du diagnostic. P. KERAVAL.

**XXXIV. De l'automatisme postparoxystique passager, remplaçant le sommeil postépileptique, ou équivalent psychique du sommeil postépileptique** ; par I. HERMANN (*Obozrénié psichiatrii*, V. 1900).

L'auteur décrit un désordre psychique passager survenant chez l'épileptique immédiatement après l'attaque, à la place du sommeil qui, le plus souvent, termine la crise convulsive. Au lieu de dormir, le malade tombe dans une sorte d'automatisme, de dix à trente minutes, pendant lequel, inconscient, ne comprenant pas les questions qu'on lui pose, n'y répondant pas, ou disant n'importe quoi mal à propos, ne reconnaissant pas les siens, il accomplit des actes immotivés, idiots. La forme en varie suivant les malades, mais reste fixe chez le même patient. Cet automatisme

se termine brusquement en laissant après lui une complète amnésie de ce qui a eu lieu pendant sa durée. Il est des malades chez qui il se manifeste presque à chaque ictus ; il en est chez qui il alterne avec le sommeil postépileptique. L'automatisme une fois passé, les malades, d'ordinaire, continuent leurs occupations interrompues, mais, parfois, ils se couchent et s'endorment. Cinq observations à l'appui. Le désordre mental en question est apparu, soit après les grandes, soit après les petites attaques, mais le plus souvent à la suite des attaques longues et intenses. Il ne faut pas le confondre avec l'obnubilation mentale longue des épileptiques, qui précède, suit ou remplace les attaques, se rattache surtout à l'état de mal, et se termine, non soudain, mais graduellement, en passant par une phase de demi-conscience : cet état-là n'est pas l'équivalent psychique du sommeil postépileptique, car, au cours de sa durée, les malades dorment après les attaques, et le sommeil ne ramène pas la lucidité, contrairement à ce qui doit avoir lieu.

L'automatisme passager postparoxystique tient à une confusion mentale générale, avec hallucinations et illusions sensorielles en masse, surdité mentale et cécité mentale qui dessinent toujours le même tableau morbide chez le même patient, mais produisent des modalités variées. Le passage de cet état mental inconscient à l'état mental ordinaire s'accomplit néanmoins tout à coup. De la conduite la plus illogique, la plus inconséquente, l'épileptique passe, sans transition, aux réponses correctes, à la lucidité, et quand son intelligence est encore bonne, il s'étonne fort de ce qu'il a fait pendant son automatisme. L'importance médico-légale de cet état saute aux yeux. Le malade peut commettre, sans le savoir, des crimes, et son désordre mental, par suite de sa courte durée, peut passer inaperçu de ceux qui l'entourent. Une erreur judiciaire est principalement possible lorsqu'il s'agit d'un individu n'ayant que de petites attaques larvées, dont l'intelligence a peu souffert, qui a commis un crime ayant tout l'air d'être prémédité et machiné.

P. Kermavel.

XXXV. **La localisation cérébrale de la mélancolie** ; par Bernard Hollander. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1901.)

Travail étendu, très intéressant, très documenté, qui conduit son auteur aux conclusions suivantes :

I. — Toutes les preuves accumulées dans ce mémoire tendent à une conclusion unique, l'existence de certaines relations entre la région centrale du lobe pariétal et les états de mélancolie.

1° Cela est démontré par plus de cinquante cas de lésions traumatiques de la tubérosité pariétale ou de son voisinage, ayant été assez graves pour atteindre le cerveau ou ses membranes, et par le fait que, dans la moitié de ces cas, la guérison a succédé à l'in-

tervention chirurgicale ; 2° cela est démontré par les symptômes mentaux qui accompagnent les tumeurs qui prennent naissance dans cette région et y demeurent limitées ; 3° également par les effets des maladies inflammatoires limitées à cette région ; 4° cela est démontré par les hémorragies idiopathiques qui se produisent quelquefois sous la protubérance pariétale (y donnant ultérieurement lieu à des fausses membranes ou à des kystes) à la suite d'une frayeur brusque, d'un choc mental, ou de tout autre trouble émotif de nature déprimante, ou enfin dans les maladies mentales qui s'annoncent par une crise de mélancolie ; 5° il est démontré que l'atrophie symétrique que l'on observe fréquemment dans les protubérances pariétales est due à un trouble trophique qui accompagne l'état de mélancolie du malade ; 6° les maladies du crâne qui intéressent cette région du cerveau, les anomalies congénitales de développement de cette même région peuvent aussi donner naissance à la mélancolie.

II. — L'auteur avance que, à l'origine de la mélancolie simple, on trouve un état pathologique de l'émotion de la peur. Cette émotion, bien que se généralisant, doit nécessairement avoir son point de départ dans une portion limitée du cerveau, laquelle, lorsque la peur se manifeste d'une façon pathologique, comme dans les divers degrés de la mélancolie, doit nécessairement nous révéler une lésion : on a fourni dans ce travail des preuves expérimentales et anatomiques qui indiquent :

1° Que l'expression physique de la peur et les états qui s'y rattachent peuvent être produits chez les animaux par l'excitation de la région pariétale centrale ;

2° Que cette région est en relation étroite avec le système nerveux sympathique et le système vaso-moteur, qui tous deux sont atteints dans la mélancolie ;

3° Que dans les lésions de cette région, l'augmentation de la pression sanguine, les altérations de la sensibilité, les troubles de la vision et la cécité corticale peuvent accompagner l'état mélancolique.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XXXVI. **Considérations sur le siège topographique des désordres psychiques** ; par le Dr KIRCHHOFF (*Revue de psychologie clinique et thérapeutique*, mai et juin 1899).

La détermination exacte du siège anatomique des désordres psychiques offre le plus grand intérêt. Il ne saurait être question ici de localisation, ce terme étant compris dans le sens de lésion en foyer. En effet, dans une maladie mentale, le cerveau doit être considéré comme malade dans sa totalité ; l'unité fonctionnelle de tout le système cérébro-spinal ressort nettement de l'étude des phénomènes dont il est le siège : les rapports les plus étroits

unissent les diverses fonctions psychiques. Mais on est en droit de rechercher dans quelles parties du cerveau les plus importants symptômes d'un type morbide ont leur origine. Jusqu'ici, par suite de l'incertitude de notre connaissance de la répartition des diverses fonctions sur la surface du cerveau, ces recherches n'ont guère abouti qu'à des résultats incomplets ou hypothétiques. C'est à un exposé et une discussion sommaires, impossibles à analyser, de quelques-uns de ces résultats, qu'est consacré le travail de M. Kirchhoff. A. FENAYROU.

XXXVII. **Etudes sur l'évolution et l'involution de la cellule nerveuse**; par le Pr MARINESCO. (*Revue neurologique*, octobre 1899.)

L'auteur, dans un mémoire du plus haut intérêt résume la suite de ses recherches sur la cellule nerveuse. Les deux premiers éléments qui apparaissent dans toute cellule nerveuse depuis ses premières origines sont : 1° la charpente fibrillaire, et 2° une matière semi-fluide qui remplit les mailles de cette charpente, à mesure que la cellule nerveuse s'accroît, il apparait un troisième élément : l'élément chromatophile dont on peut suivre le développement grâce aux investigations histologiques. Tout d'abord, il apparait, à la périphérie, des granulations colorables, de forme et de grandeur différentes. Ces granulations se réunissent entre elles, obéissant à des lois physicochimiques, pour former à la fin des corps de formes géométriques, les éléments chromatophiles, à mesure que la cellule radiculaire se développe, la substance chromatique apparait aussi dans les régions profondes de la cellule, si bien que chez l'enfant nouveau-né cette cellule présente une grande ressemblance, à part le volume, avec celles de l'adulte, alors que dans les cellules radiculaires et dans les cellules géantes pyramidales, le corps cellulaire augmente d'une manière considérable, que la substance chromatique s'organise et se dépose de la surface cellulaire vers la profondeur en envahissant toute la cellule nerveuse, il n'en est pas de même pour les cellules des colonnes de Clarke, certaines cellules des cordons de la moelle épinière, les cellules du sympathique, certaines cellules des ganglions spinaux et certaines cellules cérébrales; dans ces dernières la substance chromatique se dépose seulement à la périphérie de la cellule, la différenciation des éléments chromatophiles se fait plus lentement et les parties centrales ne possèdent pas, même après la naissance et à l'état adulte, des éléments chromatophiles bien développés dans la région périnucléaire.

Malgré la fixité de la cellule nerveuse, la persistance remarquable de sa structure anatomique, elle est néanmoins soumise à la fatale loi de l'involution. A mesure que la cellule avance en âge, le volume des éléments chromatophiles, surtout dans la partie

centrale, diminue, et on constate assez souvent qu'à leur place, il existe dans la région périnucléaire de fines granulations poussiéreuses peu colorables. Consécutivement à cette réduction de volume des éléments chromatophiles et leur transformation en fine poussière, il se produit, dans les cellules atteintes, une réduction du nombre des éléments chromatiques ; leur forme change également et devient arrondie. Cette description se rapporte aussi bien aux cellules radiculaires qu'aux grandes cellules pyramidales.

Une caractéristique de la senescence de la cellule nerveuse, c'est la présence, dans son cytoplasma, de granules et granulations d'involution qui portent le terme générique de pigment, expression défectueuse qui en préjuge la nature.

Au point de vue de leur réaction chimique, on peut diviser ces granulations en trois catégories : 1° les granules non colorables par les différents réactifs, tels que les granules noirs des cellules des ganglions spinaux ; 2° les granulations erythrophiles ; 3° les granulations cyanophiles. M. Marinesco estime que les conditions matérielles qui produisent les différentes manifestations de l'involution résident dans la substance amorphe fondamentale, à laquelle il a donné le nom de trophoplasma. Il est possible qu'à partir d'une certaine époque de l'évolution, cette matière fondamentale amorphe ne puisse plus réunir avec la même facilité les granulations élémentaires d'évolution, lesquelles, par leur arrangement, constituent les éléments chromatophiles. Alors ces produits de désintégration subissent un processus de regression en vertu duquel ils se transforment en granules et granulations d'involution qui constituent le soi-disant pigment.

Un des arguments qu'on peut invoquer en faveur de la nature involutive du pigment, c'est que toute altération prolongée dans la nutrition de la cellule nerveuse s'accompagne de formations de pigment. E. B.

**XXXVIII. La circulation de la lymphe dans la moelle épinière** ; par M. Guillain. (*Revue neurologique*, décembre 1899.)

Les conclusions de ce travail sont les suivantes : 1° La circulation des liquides nourriciers, la circulation de la lymphe suit dans la moelle épinière une voie ascendante. — 2° La circulation de la lymphe dans le cordon postérieur est indépendante de la circulation de la lymphe dans la circulation antéro-laterale. — 3° le canal de l'épendyme remplit les fonctions d'un canal lymphatique. — 4° Les espaces lymphatiques de la moelle sont déterminés surtout par la disposition de la névroglie. E. B.

**XXXIX. Note sur le mode d'oblitération partielle du canal épendymaire embryonnaire chez les mammifères**; par C. Bonne. (*Revue neurologique*, septembre 1899.)

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

1° Le canal de l'épendyme se ferme en arrière par invagination de sa paroi postérieure qui, d'abord allongée suivant un plan transversal, bombe de plus en plus dans sa cavité.

2° Il y a donc une véritable solution de continuité de la barrière épithéliale.

3° A cette invagination se rattachent intimement :

A. La présence, en un point qui sera plus tard l'extrémité des cornes postérieures, des cellules qui formeront par leur développement ulterieur la substance gélatineuse de Rolando, comme celles qui entourent le canal central persistant forment la substance gélatineuse périépendymaire.

B. La formation du septum postérieur;

C. La présence des cellules névrogliques immigrées dans la partie la plus postérieure de la moelle, de chaque côté du septum.

4° Outre cette invagination, et par un processus connexe mais independant, les parois latérales de l'épendyme se rapprochent l'une de l'autre et peuvent ainsi emprisonner un segment plus ou moins étendu du coin invaginé et des cellules cornées du septum postérieur.

5° Le sinus rhomboïdal des oiseaux et probablement aussi le sinus terminal ou les dilatations préterminales du canal épendymaire des mammifères dépendent d'un processus différent dans les détails, mais essentiellement comparable à celui de la formation du reste du canal. E. B.

**XL. Sur le réflexe plantaire contra-latérale**; par les Drs Fartros et Goldstein. (*Journ. de Neurologie*, 1902, n° 8).

Sous le nom de réflexes plantaire contra-latéral, on désigne le mouvement des orteils qui se produit à la suite de l'excitation de la face plantaire du pied de l'autre côté.

Il existe deux types du réflexe plantaire contra-latéral : le type en flexion et le type en extension. Le premier se produit, en général, quand le réflexe se fait de la même manière des deux côtés; au contraire quand du côté correspondant à l'imitation le réflexe se fait en extension, le réflexe contra-latéral se fait aussi en extension. Les auteurs ne sont pas en mesure de dire s'il existe ou non des cas où le réflexe contra-latéral se produit avec des caractères opposés à celui du côté de l'excitation.

Ce réflexe ne se rencontre pas à l'état normal chez l'homme adulte; il paraît, au contraire, exister chez le nouveau-né. On le

trouve assez fréquemment, dans les cas de paraplégie et surtout d'hémiplégie organique. Il paraît indiquer une altération de la voie pyramidale et acquérir ainsi une valeur aussi grande pour le diagnostic que le signe de Babinski.

Pourquoi ce réflexe se produit-t-il dans certains cas d'hémiplégie et de paraplégie tandis qu'il manque dans d'autres, cela est difficile à dire. Peut-être est-ce une question de siège, d'étendue ou d'intensité des altérations? G. D.

XLI. **Contributions expérimentales à la psyche-physiologie des hallucinations**; par MM. Vaschide et Vurpas. (*Journ. de Neurologie*, 1902, n° 9).

A la suite d'une série de recherches et d'expériences très ingénieuses dont on trouvera la relation dans ce travail, les auteurs se croient autorisés à affirmer que toutes les hallucinations quelle que soit leur origine relèvent d'un même mécanisme psycho-physiologique dont le résultat final est l'affaiblissement et la disparition du pouvoir de contrôle du sens intéressé. Ce contrôle continuel et permanent s'accomplit normalement par toutes les impressions de quelque nature qu'elles soient, alimentant sans discontinuité la conscience du sujet, et lui permettant de juger et de vérifier constamment ses impressions et ses sensations mentales les unes par les autres. Deux vérifications constantes, le plus souvent automatiques, sont le bon équilibre dans un système logique et bien coordonné de données exerçant constamment des actions mutuelles et réciproques les unes sur les autres. L'absence de ce contrôle sensoriel, jointe à l'état de distraction favorise l'apparition des hallucinations. G. D.

XLII. **L'évolution du sens des couleurs**, par F.-W. Edridge-Green (*The Journal of Mental Science*. Octobre 1901).

Tous les faits sont d'accord pour démontrer que le sens de la lumière s'est développé avant le sens des couleurs : on a voulu voir dans la cécité des couleurs une « myopie chronique » mais cela n'est vrai que si la perception lumineuse est elle-même défectueuse. Quand la lumière frappe l'œil, elle met en jeu une impulsion nerveuse qui se transmet au cerveau : dans l'impulsion elle-même nous trouvons l'origine physiologique de la lumière, et dans la qualité de cette impulsion, l'origine physiologique de la couleur. Ce que l'auteur entend soutenir, c'est que ces deux facteurs sont perçus par des groupes parfaitement distincts des cellules cérébrales, et que les groupes affectés à la perception colorée se développent beaucoup plus tardivement que ceux qui transmettent la simple sensation lumineuse. Toutes les preuves que l'on peut réunir montrent que, primitivement, tous les objets étaient vus

comme sur une photographie, avec des degrés différents de blanc et de noir. Dans l'évolution du sens des couleurs, les ondes qui physiquement, sont les plus différentes, c'est-à-dire le rouge et le violet, ont été les premières à être différenciées, tout le reste du spectre demeurant gris. La vision d'Homère paraît avoir eu ce caractère qui représente le degré immédiatement voisin de la cécité absolue des couleurs. L'auteur a pu observer un cas où le malade présentait de la cécité des couleurs monoculaires, et pour lequel le spectre solaire était presque entièrement gris, sauf une teinte rouge à l'une de ses extrémités, violette à l'autre ; ce malade voyait beaucoup mieux de l'œil aveugle aux couleurs que de l'autre.

A mesure que le sens des couleurs se développe, l'écartement des rayons lumineux nécessaire à la perception différentielle devient moindre, et la bande neutre se rétrécit jusqu'à ce que les deux couleurs se rencontrent au milieu du spectre. Alors, à ce point central se développe une couleur nouvelle, le vert : puis apparaît une quatrième couleur, le jaune, à moitié chemin entre le rouge et le vert ; ensuite viennent le bleu et l'orange. Chez quelques sujets l'évolution va plus loin et ils perçoivent dans le spectre une septième couleur.

Ces faits démontrent que la cécité psycho-physique des couleurs est le reliquat d'un état antérieur de développement du centre de perception des couleurs. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XLIII. **Quelques remarques sur nos méthodes actuelles d'investigation appliquées à la pathologie des maladies mentales, avec quelques suggestions en vue de recherches originales**; par Richard L. LEEPER. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1901.)

Les méthodes les plus couramment employées sont la méthode de Nissl, la méthode de Golgi avec ses modifications, la méthode de Weigert et la méthode « fraîche » de Kevan Lewis. Dans des recherches d'un certain ordre, il est nécessaire d'associer ou de combiner plusieurs de ces méthodes, auxquelles il faut ajouter dans certains cas celles de Marchi et de Weigert-Pal. L'auteur entre dans quelques détails sur les applications de ces diverses méthodes aux recherches d'anatomie pathologique du système nerveux. R. M.-C.

XLIV. **Un cas d'anévrisme sacciforme double intracrânien**; par B. Henry SHAW. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1901.)

*Observation* : Femme de cinquante ans, de santé générale assez bonne, aliénée depuis deux ans ; délire de persécution avec hallucinations de l'ouïe, surtout la nuit. Ophthalmoplégie droite presque complète, avec ptosis, strabisme externe et fixité de la pupille,

celle-ci non constante. Pas de névrite optique. Ces symptômes paraissent s'être manifestés soudainement, il y a quelques années, après une violente céphalalgie à droite. Attaque d'apoplexie avec convulsions très accusées à gauche. Mort. A l'autopsie, on trouve, en ouvrant la dure-mère-mère, qui est normale, sous l'arachnoïde, un épanchement de sang abondant, qui se répartit par plaques sur les régions frontale, occipitale et cérébelleuse, et sous la forme de blocs dans la zone périphérique du protoplasma cellulaire. La substance chromophile dissoute persiste jusqu'au moment de la naissance, mais elle fait complètement défaut dans les cellules adultes.

Les résultats de ces recherches prouvent, contrairement à l'opinion de Solovtzoff, que le développement de la cellule nerveuse radiculaire est indépendant de sa connexion certicale, puisqu'il est complètement achevé au moment où cette connexion s'établit. Ils démontrent, en outre, comme l'ont déjà avancé plusieurs auteurs, que la substance cromophyle n'est qu'une matière de réserve destinée à subvenir à la nutrition de la cellule nerveuse.

Enfin, la constatation par M. von Biervliet pendant le cours du développement de l'embryon d'un état de chromolyse physiologique analogue à la chromolyse expérimentale, vient à l'appui de la manière de voir de M. van Gehuchten, qui considère le phénomène de chromolyse en lui-même comme une réaction utile du neurone, réaction qui survient chaque fois que ce neurone se trouve lésé dans son intégrité anatomique et qui lui permet de résister plus avantageusement à la lésion subie. G. D.

XLV. **Tumeur du thalamus optique**; par Michel-Clarke. (*Brit. med. Journal*, 9 novembre 1901.)

Une observation avec nécropsie (2 figures).

XLVI. **Localisations motrices du cortex cérébral** ; par C. S. Scherrington et Grünbaum (*Brit. med. Journal*, 28 décembre 1901.)

Les auteurs reprenant les recherches de Terrier, Bewor et Horsley, ont étudié spécialement les singes anthropoïdes, chimpanzés, gorilles et orangs. La méthode expérimentale et l'anatomie clinique se contrôlent ainsi de plus près grâce à l'application des recherches physiologiques à des animaux aussi proches que possible de la conformation cérébrale humaine.

XLVII. **Théories sur l'hérédité** ; par Archdall Reid. (*Brit. med. Journ.* décembre 1901.)

Variations vraies ou apparentes par alternances, caractères transmis ou acquis. Théories de Darvin, de Weisman et d'Adami,

sont sommairement passées en revue ainsi que l'évolution progressive et la dégénération regressive.

XLVIII. **De l'asymétrie de la mimique faciale d'origine otique en pathologie nerveuse**; par LANNOIS et PAUTET. (*Revue de médecine*, 1902.)

Signalant la fréquence des troubles de la mimique faciale chez les nerveux, les auteurs appellent en même temps l'attention sur certains troubles de la mimique dans les altérations qui atteignent le facial, notamment dans son trajet auditif. M. H.

XLIX. **La sensibilité à l'aimant**, avec tableaux et 32 figures; par Ch. FÉRÉ. (*Revue de médecine*, 1902.)

Expériences que l'auteur a faites sur lui-même, à l'ergographe de Mono pour établir la résistance comparative à la fatigue avant et après l'application de l'aimant. M. H.

---

# REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE.

---

X. **Introduction à l'étude psychologique des enfants arriérés**; par William B. NOYES. (*The New York Medical Journal*, 22 juin 1901.)

Pour étudier convenablement les enfants arriérés ou présentant une défectuosité mentale, il faut se placer au triple point de vue du psychologue, de l'educateur et du médecin : l'étude de l'enfant normal ou anormal appartient également à ces trois professsions. Dans le passé les systèmes d'éducation n'ont pas tenu suffisamment compte des enfants à intelligence défectueuse ou simplement faible. Il n'y a pas bien longtemps non plus d'ailleurs que les médecins se sont rendu compte de la valeur de la psychologie appliquée à leur profession, et en particulier de la valeur thérapeutique de la suggestion.

L'auteur rappelle la classification de Binet relative à la suggestibilité des enfants dans les écoles : cet auteur les divise en quatre catégories : 1° enfants plus ou moins automatiques, obéisssant passivement au maître; 2° enfants sensibles, dont on obtient l'obéissance en faisant appel à leur nature impressionnable, et à leurs affections; 3° enfants à esprit actif et brillant, ayant une

personnalité nette, plutôt rebelles à la suggestion, à moins qu'on ne leur montre un obstacle à surmonter, faisant surtout bien ce qu'on leur a dit qu'ils ne pourraient pas faire ; 4° enfants obstinés rebelles à toute suggestion, ou incapables de lui obéir ; cette dernière catégorie comprend les indisciplinés, les rebelles et beaucoup de névropathes et de dégénérés; on y rencontre aussi des enfants moralement pervers qui peuvent devenir intéressants au point de vue de la criminologie : elle renferme les enfants arriérés, les faibles d'esprit et ceux dont la mentalité d'une manière ou d'une autre est défectueuse.

Pour étudier utilement cette dernière catégorie, il faut posséder quelque chose de plus et de mieux qu'une simple classification des différents types qui la composent.

En effet, cette classe comporte des enfants névropathes, qui, au premier abord, paraissent lui appartenir soit par leurs actes, soit par leur état mental, et qui sont tout simplement des épileptiques, des hystériques ou des choréiques : améliorez leur santé physique et vous les verrez se transformer, et même devenir quelquefois intellectuellement supérieurs à leurs camarades; ils pourraient constituer une cinquième catégorie.

Il est curieux de voir combien les livres consacrés aux maladies mentales accordent peu d'attention aux états psychologiques intermédiaires entre l'état normal et des états désespérés et désespérants comme l'idiotie et l'imbécillité. Ces états intermédiaires existent pourtant ; on en trouve des exemples dans les familles, dans les écoles où ces enfants sont qualifiés d'arriérés ou d'inintelligents, alors que parfois une seule de leurs facultés mentales est défectueuse.

Dans des cas de ce genre, il faut cesser de considérer les mots « enfant arriéré ou à intelligence défectueuse » comme constituant un diagnostic suffisant, et il faut étudier séparément chacune des facultés mentales, comme pour faire un diagnostic ordinaire, on examine séparément chacun des organes et chacune des fonctions. On se trouvera quelquefois ainsi engagé dans une direction qu'on ne prévoyait pas. Il faut aussi se défier de deux termes généraux très usités, à savoir : dégénérescence et hérédité. Le mot dégénérescence est fort souvent appliqué très mal à propos, et rien n'est plus aveugle que les soi-disant lois de l'hérédité. Il convient d'examiner d'abord les facultés mentales de l'enfant, en se dégageant temporairement de toute préoccupation d'hérédité. L'auteur rapporte ici assez longuement l'observation d'un malade qui présentait en apparence un cas type ordinaire de faiblesse mentale, et qui est surtout destinée à montrer la différence entre un diagnostic médical et un diagnostic psychologique.

Les anciens traités de psychologie ne manquaient pas de donner des facultés mentales des divisions et des subdivisions nettement

tranchées, que la science moderne a cessé d'admettre à cause de la solidarité manifeste des facultés mentales. Mais dans l'état pathologique ou nettement anormal la dissociation même de cette faculté rend cette ancienne méthode de division non seulement admissible, mais nécessaire.

Dans l'étude des enfants de mentalité défectueuse, on doit distinguer : 1° ceux chez lesquels la *faculté de perception* est absente ; cette classe comprend tous ceux qui présentent une absence congénitale d'un ou plusieurs sens spéciaux, les aveugles, les sourds, les muets qui ne peuvent acquérir de développement mental que par une éducation vicariante de leurs autres facultés : là aussi, à la limite extrême, se rangent les idiots qui ne sont idiots que par suite de l'absence de certains sens spéciaux ; 2° les enfants qui, possédant tous les sens spéciaux et étant doués du pouvoir de perception, manquent absolument de cette *puissance d'attention* sans laquelle l'instruction la plus soigneuse et la suggestion la plus répétée restent dépourvues de tout effet utile. Au degré le plus avancé, lorsque l'attention ne peut être réveillée par aucune stimulation extérieure ou intérieure, on a l'idiotie complète avec ses types divers.

Les enfants chez qui le pouvoir d'attention fait absolument défaut ne paraissent susceptibles d'aucun progrès dans aucune de leurs autres facultés. Mais pour peu que, à l'aide d'un stimulant quelconque on puisse éveiller, même à un très faible degré, l'attention, on pourra obtenir des résultats nettement progressifs. Il semble qu'un pouvoir très faible d'attention soit susceptible d'être accru dans une mesure presque indéfinie par un éducateur intelligent : et c'est d'ailleurs sur ce principe que reposent la plupart des méthodes d'éducation des enfants arriérés ou idiots. Le plus souvent malheureusement, à une méthode défectueuse d'utilisation de son esprit, vient s'ajouter chez l'enfant une faiblesse mentale qui l'empêche de diriger son attention pendant un laps de temps de quelque durée : d'où une fâcheuse complication du problème. Beaucoup de ces enfants sont, à la lettre, « nés fatigués » et leur fatigue cérébrale, comme d'ailleurs leur fatigue physique se manifeste, au moindre effort, avec une désespérante promptitude.

L'attention est, de sa nature, une fonction motrice; elle est associée à une forme d'activité musculaire bien définie (activité pour certains muscles, inhibition pour d'autres). Aussi n'est-il pas rare, quand la faculté d'attention est sérieusement défectueuse, de rencontrer simultanément d'autres troubles moteurs. Tous les degrés de l'inattention, d'ailleurs, peuvent être observés, et en fait, il n'y a guère d'enfant normal qui ne soit pas souvent inattentif. Seulement par de faciles artifices, le maître ramène à lui l'attention de l'enfant normal, tandis qu'il en est tout autrement à l'état pathologique.

3° La troisième classe est caractérisée, non plus par l'absence des sens spéciaux ou de la faculté d'attention, mais par *l'absence ou l'état maladif de la volonté.*

Les maladies de la volonté peuvent se classer comme il suit : *a*) Diminution de la volonté par un défaut d'impulsion qui peut aller de la simple lenteur paresseuse à l'aboulie complète; *b*) diminution ou abotition de la volonté par une crainte morbide on une idée fixe; *c*) la volonté peut être entravée par une impulsion excessive dont le début peut être instantané ou progressif. Exemple : les accés de fureur des enfants, communs surtout chez ceux qui ont des tendances épileptiques; *d*) la volonté peut être entravée par l'insuffisance de la faculté d'attention, congénitale ou acquise; la forme acquise s'observe dans certaines psychoses ou névroses, et notamment dans la chorée; on la rencontre aussi dans les cas de surmenage; *e*) la volonté peut être diminuée et pratiquement anéantie par les caprices de l'hystérie, qu'il s'agisse d'un enfant ou d'un adulte; *f*) enfin, la volonté peut être restreinte ou anéantie par l'hypnotisme.

Si l'attention et la volonté sont, d'une certaine manière, associées aux fonctions motrices, *les facultés plus élevées de l'esprit* ou *facultés de connaissance* semblent plutôt liées aux fonctions sensorielles. Un enfant peut avoir une perception, une attention et une volonté normales, et ne posséder qu'une faculté de raisonnement défectueuse.

Tous ceux qui se sont occupés de l'éducation des faibles d'esprit reconnaîtront que beaucoup d'enfants à demi-idiots ou imbéciles, alors même qu'ils ont reçu une éducation spéciale de premier ordre, continuent à manquer de jugement et de bon sens. Mais si l'on considère leur point de départ, la situation à laquelle ils sont parvenus est néanmoins fort élevée.

Il y a encore des cas où l'enfant possédant toutes les facultés dont il a été question plus haut, manque de *mémoire.*

Enfin, la dernière catégorie, et non la moins importante, comprend les sujets *moralement* défectueux : mais ils sont héréditairement mauvais, généralement incurables et du ressort de la criminologie, plutôt que de la médecine ou de la pédagogie.

En terminant, l'auteur va au-devant d'une objection : on lui reprochera d'avoir décrit des types bien définis avec altération exclusive d'une seule des facultés, alors que, le plus souvent, les faibles d'esprit sont atteints dans toutes leurs facultés : l'auteur reconnaît qu'il en est ordinairement ainsi. Enfin il y a un dernier groupe qui se caractérise par de la *stupidité mentale*, ce mot étant pris ici pour désigner une insuffisance mentale portant uniformément sur toutes les facultés en même temps. Les enfants de cette catégorie, tout en possédant leurs sens au complet, ne perçoivent pas; sous sa forme la plus légère, cet état

caractérise la stupidité ; sous sa forme extrême il constitue la démence. R. DE MUSGRAVE CLAY.

XI. **L'état présent de la science mentale** (le premier d'une série de mémoires qui traiteront de la localisation des fonctions mentales, par Bernard HOLLANDER. (*The Journal of Mental Science*, avril 1901).

Très intéressant mémoire, mais son étendue ne nous permet d'en donner que les conclusions :

1° Les dimensions de l'ensemble du cerveau ne constituent pas une mesure de la puissance intellectuelle seulement, mais aussi de la force de l'intelligence, des sentiments et des penchants pris dans leur ensemble ; 2° les régions sensorielles ne sont pas les régions de la perception intellectuelle et de la réflexion, et les lobes occipitaux n'ont rien à voir avec les processus intellectuels supérieurs ; 3° les centres moteurs et sensoriels seuls ne suffiraient pas à expliquer la diversité du caractère de l'homme, ni la variété de ses troubles mentaux ; ils sont le substratum des centres mentaux, et par suite, ils sont des centres psycho-moteurs et psycho-sensoriels ; 4° les lobes frontaux seuls donnent des indications relatives à l'intelligence du sujet, et leur masse doit être appréciée par tous les procédés de mensuration ordinairement employés pour estimer le volume d'un corps ; la tête peut être petite chez une personne de grande intelligence pourvu que les lobes frontaux soient relativement les plus saillants ; 5° la mémoire n'est pas une faculté unique ; il y a des centres dans le cerveau pour les différentes mémoires (nombres, temps, localités, airs musicaux, etc), en dehors de la mémoire des mots dont la localisation est déjà précisée ; 6° il doit exister dans l'écorce des centres spéciaux pour les émotions et les penchants fondamentaux, et ces centres doivent être distincts des centres de processus purement intellectuels ; 7° les facultés intellectuelles contrôlent et relèvent les sentiments et les penchants, et par là, les lobes antérieurs sont pour le reste du cerveau des centres d'inhibition. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XII. **Folie consécutive à l'influenza à l'asile de Cumberland et Westmoreland, avec une statistique de soixante-huit cas** ; par George-A. ROBIE (*The Journal of Mental Science*, Avril 1901).

Les conclusions générales de l'auteur peuvent se résumer ainsi :

La folie consécutive à l'influenza peut survenir à n'importe quel moment après la maladie ; elle se manifeste ordinairement chez des sujets présentant les causes ordinaires de prédisposition. Aucune époque de la vie ne paraît en favoriser particulièrement

le développement. La forme d'aliénation mentale le plus souvent observée est la mélancolie sous toutes ses formes, souvent avec tendance au suicide ; on constate aussi l'apparition de la manie, mais moins souvent, et l'on peut voir survenir la paralysie générale : un trait commun à noter dans les cas de mélancolie et de manie, c'est la confusion mentale et la stupidité qui font penser à un état d'auto-intoxication. Le pronostic est favorable dans les cas de manie aiguë et de mélancolie ; il l'est moins dans les autres formes de manie et surtout dans la manie avec délusions.

Aucun des cas observés ne présente le type de la manie délirante aiguë décrite comme apparaissant en même temps que l'influenza.

Quant au mode d'action, il est probable qu'il faut invoquer l'influence d'une toxine sur le système nerveux, chez un sujet déjà très déprimé par les autres conséquences de l'influenza. Chez les malades déjà aliénés, l'influenza est demeurée à peu près sans influence sur la maladie mentale.

Dans trois cas seulement on a noté une aggravation.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

XIII. **Troubles mentaux dans le cours des affections cardiaques,** par A. ZEDERBAUM. (*The New York medical Journal,* 27 juillet 1901.)

Après avoir relaté ou rappelé quelques faits cliniques, l'auteur fait remarquer que l'accord n'est pas fait parmi les cliniciens sur les relations de cause à effet qui peuvent exister entre les lésions cardiaques et les troubles mentaux. Les autopsies n'ont pas sensiblement éclairé la question. On peut avancer toutefois que le caractère des troubles mentaux peut, dans une assez large mesure, dépendre de la lésion cardiaque : il est clair par exemple que dans l'insuffisance mitrale, on rencontrera de préférence l'engorgement veineux ou l'hyperémie passive, que dans le rétrécissement aortique, où les troubles mentaux seront plutôt ceux qui relèvent de l'anémie cérébrale. Les observations cliniques paraissent confirmer ces vues *a priori*. Dans l'insuffisance mitrale, la forme de psychose que l'on rencontre le plus souvent est la dépression mentale, aboutissant progressivement à la mélancolie simple ou agitée. Mais, dans l'ensemble, les psychoses sont plus fréquentes dans les cas de lésion aortique; elles participent alors de la manie et ressemblent au délire de la pneumonie des alcooliques. Toutefois, il ne faut pas s'attendre à trouver entre la nature de la lésion cardiaque et la forme du délire une relation qui soit invariable.

Après avoir rappelé l'opinion de divers auteurs, M. Zederbaum remarque que la plupart d'entre eux montrent une prudente réserve dans l'appréciation des rapports entre les lésions du cœur

et la folie. Toutefois la manie et la mélancolie paraissent les deux formes les plus communément en rapport avec les affections cardiaques, et il est remarquable que ces deux types de folie soient aussi les types les plus ordinaires de la folie dite puerpérale. Les causes de la folie puerpérale demeurent encore obscures et controversées : l'auteur parait incliner à la rattacher à l'hypertrophie cardiaque de la grossesse et à ses conséquences circulatoires. On peut d'ailleurs, sous l'influence de cette hypertrophie passagere, voir éclater des lésions cardiaques jusques-là latentes et d'origine rhumatismale ou autre. Il est vraisemblable que, si on prenait soin de les rechercher, on rencontrerait plus souvent des troubles cardiaques dans les cas de folie puerpérale.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XIV. **Paralysie générale et syphilis : revue critique** : par W.-H.-B. STODDART. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1901.)

Les conclusions de cet intéressant et consciencieux travail sont les suivantes :

Il est remarquable dans l'histoire de la médecine que la syphilis du foie, la syphilis du cerveau, la syphilis de la peau, ont toutes traversé une période pendant laquelle leur nature syphilitique est restée douteuse.

Cette période a été courte parce que l'on s'est vite aperçu que ces maladies diverses étaient justiciables du mercure et de l'iodure de potassium : mais quelle que soit l'importance de la syphilis comme facteur étiologique de la paralysie générale, le mercure est ici sans effet. Mais les renseignements que résume le présent travail contribuent d'une façon très forte à établir l'étiologie syphilitique de cette maladie. On a montré que la syphilis se rencontre plus fréquemment que toute autre cause, dans les statistiques étiologiques de la paralysie générale ; on a montré aussi que les chiffres fournis par ces statistiques demeurent bien au-dessous de la vérité.

Tels qu'ils sont ces chiffres sont encore d'une élévation surprenante, surtout si l'on tient compte des cas très nombreux de syphilis occulte ou ignorée et de la difficulté d'obtenir des renseignements précis. Mais ce n'est pas tout ; en dehors de ces preuves directes on rencontre un faisceau de preuves morales (âge, sexe, hérédité, profession, rang, race, etc.), qui feraient déclarer la syphilis coupable devant n'importe quel tribunal.

Dans l'ensemble, les preuves expérimentales de Kraft-Ebing plaident dans le même sens.

Contre l'opinion qui fait de la paralysie générale une affection para-syphilitique, il n'y a qu'un seul argument de valeur, c'est sa rareté dans les races non civilisées où la syphilis est florissante. Il

nous incombe donc de rechercher et de découvrir quel est celui des éléments de la civilisation qui aide la syphilis à engendrer la paralysie générale, et en d'autres termes, de quelle façon la syphilis est influencée par la civilisation. En premier lieu, la syphilis est moins grave chez les peuples civilisés que chez les autres, peut-être parce qu'elle existe chez eux depuis plus longtemps. L'expérience a montré à l'auteur que les paralytiques généraux n'avaient jamais eu de syphilis grave. La conclusion logique qui résulte de ces données c'est que la syphilis ne donne la paralysie générale qu'à la condition d'être bénigne, *reductio ad absurdum*. En second lieu, la syphilis demeure sans traitement dans les pays civilisés : les Mahométans par exemple quand ils ont la syphilis disent « Kismet » et c'est tout. Mais chez les peuples civilisés, on sature le malade de mercure quelquefois pendant deux ans.

On ne s'est jamais demandé jusqu'ici si ce n'est pas le mercure qui détermine la paralysie générale. Marshalko a étudié avec beaucoup de soin la question de savoir si la syphilis tertiaire est ou n'est pas causée par le mercure, et il a déclaré le médicament innocent ; une étude analogue reste à faire sur les rapports du mercure et de la paralysie générale.

Déjà en 1861 Kussmaul déclarait que malgré toutes ses recherches il n'avait jamais rencontré un seul ouvrier maniant le mercure qui ait contracté la syphilis pendant qu'il était en état de mercurialisme. Cette observation suggère la pensée qu'une enquête analogue sur la question de la paralysie générale pourrait être faite chez les industriels dont les employés manient le mercure.

On a supposé que l'immunité des Mahométans à l'égard de la paralysie générale était due à la simplicité de leur manière de vivre et à la modération avec laquelle ils font usage de la viande. Cette assertion est difficile à admettre ; car les classes pauvres de l'Angleterre, et surtout celles de l'Italie, où la paralysie générale abonde, ne peuvent véritablement pas être accusées de faire des excès de viande. On a même démontré, que, en Angleterre au moins, c'est dans les classes les plus pauvres que se rencontre le plus fréquemment la paralysie générale.

On peut conclure de toutes ces données que la syphilis est un antécédent tellement ordinaire de la paralysie générale, que les cas non-syphilitiques, s'il en existe, peuvent jusqu'à présent être considérés comme une quantité négligeable.

Tout au moins peut-on affirmer pratiquement que quiconque n'a pas eu la syphilis ne court guère de risque de devenir paralytique général. Mais la question de savoir si la paralysie générale est due à la syphilis *per se* ou la mercurisation consécutive du malade dans les pays civilisés, attend encore sa réponse.

Ce travail se termine par une bibliographie étendue du sujet.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XV. **Études cliniques sur le rêve pathologique**; par le professeur Pick (de Prague), traduction de James Middlemass. (*The Journal of mental Science*, juillet 1901.)

Travail renfermant plusieurs observations dont l'auteur tire les conclusions suivantes :

« La rêverie est particulièrement fréquente dans l'hystérie, mais on la rencontre quelquefois aussi dans la neurasthénie, comme l'a montré Feré. Dans la très grande majorité des cas, elle paraît être le développement d'un état analogue ayant débuté dans l'enfance, et elle est souvent en rapport, comme Havelock Elles l'a démontré le premier avec l'état qu'il a désigné sous le nom d'auto-érotisme. En ce qui touche le contrôle de la conscience sur l'ambiance, on observe les transitions les plus variées depuis le jeu actif de l'imagination jusqu'aux états de rêve délirant de l'hystérie. Il y a aussi d'autres cas, dits cas de *pseudologia phantastica*, dont l'origine doit être cherchée, au moins en partie dans la rêverie vraie. »

R. de Musgrave-Clay.

XVI. **Le prurit et la trichotillomanie chez les paralytiques généraux**; par Ch. Feré. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 4, 1899.)

Soit à l'état aigu, soit à l'état chronique, les troubles trophiques de la peau se manifestent chez les paralytiques généraux sous leurs formes les plus variées (érythème, purpura, zona, ichthyose, eschare), mais en dehors de ces manifestations grossières, il en existe d'autres moins graves, mais cependant intéressantes à titre d'indication, tel le prurit, signalé par Sarbo au début de la paralysie générale, que l'auteur a recherché dans cette affection, et qu'il a rencontré trois fois sur vingt-six cas observés. Malgré la difficulté de reconnaitre ce prurit chez les paralytiques, en raison de leur état mental et l'obscurité qui entoure la pathogénie de ce trouble trophique, il y a lieu de supposer qu'il n'est pas étranger à cette manifestation vésanique bizarre assez fréquente qui se traduit par une auto-épilation obstinée et que Hallopeau a décrite sous le nom de trichotillomanie. R. C.

XVII. **Spiritisme et folie**; par les Drs Marie et Vigouroux (*Revue de psychologie clinique et thérapeutique*, juillet-août 1899).

Les auteurs font ressortir dans ce travail l'identité de certains phénomènes qui s'observent chez les spirites et chez des malades atteints de névroses ou psychoses diverses. Les phénomènes d'automatisme graphique, verbal ou ambulatoire, par exemple, qui se produisent chez les spirites, ne diffèrent pas de ceux que

peuvent présenter certains aliénés ou névropathes; chez les uns comme chez les autres, ils sont susceptibles d'exister isolément ou bien ils peuvent alterner avec des crises nerveuses spasmodiques, être remplacés par elles ou les remplacer. Cette identité est telle que les auteurs spirites ont dû la reconnaître ; mais ceux-ci, se refusant à accepter les hypothèses médicales et à considérer les médiums comme atteints de névroses ou de psychoses, ont été amenés à voir chez les aliénés qui offrent l'automatisme psychique, une intervention médiumnique méconnue des malades comme des médecins ; ils sont aussi revenus sans s'en douter à l'ancienne théorie de la possession.

MM. Marie et Vigouroux signalent la fréquence de la folie chez les médecins ; ils rapportent deux intéressantes observations de psychoses secondaires à des phénomènes automatiques inconscients chez des spirites et les font suivre des considérations suivantes que nous croyons devoir reproduire textuellement : « Ainsi donc, le spiritisme, en tant que dissociation progressive de la synthèse mentale, fournit à la folie son tribut de systèmes délirants secondaires à des troubles psycho-moteurs. La médiumnité n'étant qu'un entraînement à l'automatisme inconscient, ne constitue pas encore, à proprement parler, une psychose, mais elle repose sur un état mental fétichique qui mène fatalement certains prédisposés à une dissociation mentale telle que les déclenchements automatiques deviennent spontanés, s'imposent en dehors de la volonté du malade et même contre elle. C'est l'obsession tyrannique, angoissante à un premier degré. Puis, de cet état, la conscience disparaît à son tour, le malade délire, restant en tête à tête avec l'esprit imposé et persécuteur-né de son automatisme inconscient.

« Correspondants aux différents stades intermédiaires, on observe des prédisposés à automatisme psychique développé par les pratiques du spiritisme.

« Des spirites simples de ce genre, ayant ultérieurement souffert de troubles somatiques ou dysesthésiques, ou de troubles pathologiques, tels que hémiparésie, hémianesthésie par foyers cérébraux, peuvent étendre à ces troubles l'hypothèse qu'ils invoquaient pour les phénomènes d'automatisme spirite. Dans ce dernier cas, il n'y a pas délire. L'hypothèse spirite, bien qu'en contradiction avec l'hypothèse scientifique, n'est pas plus pathologique ici que lorsqu'elle s'applique aux automatismes ordinaires typiques des médiums ; au lieu d'interpréter une suspension d'amœboïsme, un spasme ou une inhibition, elle cherche à expliquer les effets cliniques d'une obturation vasculaire ou d'une déchirure, soit capsulaire, soit corticale, voire même tubulaire. Il y a alors erreur, suivant nous, mais non psychose. A. Fenayrou.

XVIII. **Auto-intoxication et délire** ; par M. J. Séglas (*Presse Médicale*, 31 décembre 1898).

M. Séglas a résumé en ces termes dans ce travail son opinion sur l'influence exercée par l'auto-intoxication sur la genèse et la forme des troubles psychiques: « Dans certaines circonstances, on peut admettre l'auto-intoxication au nombre des données étiologiques, mais en ne lui assignant que la valeur d'une cause occasionnelle banale. Elle ne crée pas les accidents délirants ; elle n'est à leur égard qu'un simple agent provocateur et ils gardent la physionomie qu'ils eussent pu revêtir en toute autre occasion. Quelquefois, cependant, son rôle peut être plus actif en pareil cas. Si elle ne crée pas à elle seule les desordres psychiques et ne détermine pas leur forme essentielle, elle intervient cependant pour en modifier quelque peu la marche et le tableau clinique habituels. Dans un autre groupe de faits, l'auto-intoxication joue, au contraire, un rôle prépondérant. C'est elle qui, non seulement provoque, mais encore crée les accidents délirants qu'elle tient sous sa dépendance, à qui elle imprime un aspect clinique tout à fait spécial ; car, suivant la remarque importante, souvent faite par les observateurs, il rappelle celui des délires exo-toxiques. Ces délires auto-toxiques, plus généralement étudiés et relativement faciles aujourdhui à reconnaître lorsqu'ils se développent chez des individus en période de santé mentale, peuvent se montrer aussi sous le même aspect, du fait d'une auto-intoxication intercurrente, au cours d'un état d'aliénation mentale préexistant, à titre d'épisode transitoire, de complication. Le tableau clinique de l'affection se trouve ainsi brusquement modifié dans ses phases successives et peut donner lieu parfois à des hésitations de diagnostic difficiles à trancher, si l'on n'est pas sur ses gardes. »

L'auteur rapporte l'observation d'un malade chez qui ont évolué parallèlement une auto-intoxication d'origine gastro-intestinale et des troubles mentaux caractérisés par un état de mélancolie anxieuse d'abord, de confusion mentale ensuite. Malgré l'existence d'une prédisposition héréditaire, il ne croit pas devoir faire intervenir la dégénérescence pour expliquer le développement de ces désordres psychiques. Mélancolie et confusion mentale relèvent, à son avis, de l'auto-intoxication. L'évolution des troubles cérébraux a paru subordonnée à celle de l'auto-intoxication : le passage de la mélancolie à la confusion mentale s'est produit à l'occasion d'une augmentation d'intensité de l'auto-intoxication ; lorsque celle-ci a été en décroissance, la physionomie clinique des manifestations délirantes s'est modifiée à son tour et la confusion mentale a cédé la place à la mélancolie ; enfin, tandis que les fonctions gastro-intestinales sont redevenues normales, les désordres intellectuels ont disparu. A. Fenayrou.

**XIX. Sur les névrites périphériques des aliénés** ; par le Dr ANGLADE (*Annales médico-psychologiques*, octobre 1899.)

Les aliénés se présentent souvent avec des symptômes de polynévrite et ces mêmes aliénés présentent effectivement des lésions de polynévrite avec retentissement sur la moelle : l'auteur en rapporte trois observations probantes.

La lésion du nerf est-elle primitive ou secondaire à une lésion centrale ? La moelle est incontestablement lésée : on ne peut dire s'il en est de même pour le cerveau.

Il était, en tout cas, intéressant de constater la lésion des nerfs périphériques d'une catégorie d'aliénés qui ne sont pas sous le coup d'une intoxication banale comme l'alcoolisme. le saturnisme ou la tuberculose.

Peut-être, du reste, ne sont-ils que des auto-intoxiqués qui délirent, parce qu'ils sont un terrain favorables à l'éclosion de conceptions délirantes nées d'une sensation réelle ? E. B.

**XX. De l'épilepsie consciente et mnésique** ; par le Dr MINIER. (*Annales médico-psychologiques*, février 1900.)

Analyse complète de l'intéressante thèse du Dr Ducosté sur : *l'Epilepsie consciente et mnésique et, en particulier, d'un de ses équivalents psychiques, le suicide impulsif conscient.* E. B.

**XXI. Essai sur la pathogénie du délire de la paralysie générale** ; par le Dr LALANDE. (*Annales médico-psychologiques*, février 1900.)

Le délire de la paralysie générale, quelle que soit sa forme, possède sept caractères constants : tout d'abord, la multiplicité, la mobilité, l'absence de motifs et la contradiction des idées délirantes, signalées par M. Falret ; d'autre part, la tendance à l'infini, la perte des notions élémentaires de l'espace et de la durée, et enfin l'auto-psychisme.

Quelle est la cause psychologique de ce délire ?

De son étude l'auteur fait ressortir les deux conclusions suivantes :

1° Le phénomène de l'hallucination excepté, le délire de la paralysie générale est expliqué par la perte graduelle de la faculté de comparer les données de l'expérience entre elles. Il semble donc que l'on doive rapporter à cette cause la pathogénie du délire.

2° Si cette première conclusion est vraie, il est probable que la faculté de comparer est localisée dans la couche moléculaire de l'écorce cérébrale et qu'elle est effectuée par les petites cellules qui occupent cette région. E. B.

XXII. **De la démence précoce des jeunes gens. Contribution à l'étude de l'hébéphrénie** ; par le Dr CHRISTIAN. (*Annales medico-psychologiques*, janvier à octobre 1899.

Chez les jeunes gens de quinze à vingt-cinq ans, survient fréquemment une affection mentale qui se termine rapidement par la démence.

A cette affection s'applique, mais dans une certaine mesure seulement, la description que Kahlbaum puis Hecker ont donnée de l'hébéphrénie : en effet, les débuts à forme maniaque ou mélancolique ne sont pas les plus fréquents, si bien qu'avec Stery et Fink on peut considérer le début de la maladie comme véritablement protéiforme.

En outre Kahlbaum et Hecker ont négligé de signaler l'un des caractères les plus constants et les plus importants de la maladie, à savoir les impulsions soudaines, symptôme qui domine la scène et persiste même dans la période de démence terminale.

En résumé : apparition constante à l'âge de la puberté ; manifestations délirantes variables au début; impulsions soudaines constantes ; terminaison rapide par une démence plus ou moins complète.

Telles sont les manifestations constantes et caractéristiques de la maladie dont l'auteur donne la monographie, dans une longue étude aussi documentée qu'intéressante, accompagnée de nombreuses observations personnelles.

A cette espèce morbide distincte, faut-il conserver le nom d'hébéphrénie ? Pour éviter toute confusion, M. Christian préfère s'en tenir à l'expression : *démence juvénile* ou *démence précoce des jeunes gens*.

Il convient d'ajouter qu'il s'agit, non pas d'un simple arrêt de développement, mais bel et bien d'une régression, d'une destruction plus ou moins complète des facultés.

La démence juvénile ne répond pas à un type unique, invariable : elle offre l'image de toutes les nuances qui vont de l'imbécile, du faible d'esprit, à l'idiot complet.

Trois périodes sont à considérer dans son histoire : la période d'incubation, la période délirante, et la période terminale de démence.

L'enfance des malades prédisposés à la démence précoce n'a présenté le plus souvent aucune particularité digne de remarque.

Dans le plus grand nombre des cas, après une première période de fatigue, d'énervement, de neurasthénie, le délire éclate variable, mobile, fugace ; il peut y avoir des idées de persécution, des idées de grandeur, du délire mystique, il n'y a pas de délire systématisé. Toutes les manifestations délirantes, flottantes,

incertaines, portent déjà l'empreinte de l'affaiblissement intellectuel qu'elles masquent pour un temps.

Quelquefois c'est par une phobie, d'autres fois par la confusion mentale que se manifeste le début, mais, en tout cas, il est un symptôme qui ne manque jamais, c'est la tendance impulsive, l'impulsion soudaine.

La démence précoce peut revêtir deux formes, grave et légère, et la forme grave comprend elle-même deux variétés : la forme simple, dans laquelle les muscles ne sont pas atteints, et la forme catatonique, dans laquelle le système musculaire est profondément troublé dans son fonctionnement.

Quelle que soit la forme du délire, il se produit, au bout d'un certain temps, une amélioration trompeuse, puis de nouvelles bouffées délirantes surviennent, qui, chaque fois, laissent l'intelligence plus affaiblie ; la santé physique peut, d'ailleurs, rester excellente.

Au point de vue étiologique, on est obligé d'admettre un grand nombre de causes différentes dont l'action même ne s'explique pas sans cette autre inconnue, qui est la prédisposition.

Quand la maladie est à la période d'état, le seul élément de diagnostic certain réside dans les antécédents : l'idiot et l'imbécile ont toujours été dans le même état depuis leur naissance ; au contraire, le dément précoce a commencé par jouir de l'intelligence.

La difficulté réelle, c'est de se prononcer au début même de l'affection : il faut alors se rappeler que les jeunes gens voués à la démence précoce sont parmi ceux qui, dans leurs premières années, n'ont jamais présenté un signe quelconque de trouble moral ou d'anomalie intellectuelle.

L'auteur estime que la plupart des cas de paralysies générales juvéniles décrits au cours de ces dernières années se rapportent en réalité à la démence précoce.

La marche de la démence précoce est rapide en ce sens que l'affaiblissement intellectuel arrive vite à son point culminant, et, dès lors, il reste indéfiniment stationnaire.

La terminaison est celle qu'amène une complication quelconque.

E. Blin.

XXIII. **Prostitution et dégénérescence** ; par le Dr E. Laurent. (*Annales médico-psychologiques*, novembre 1899.)

Certes, les causes de la prostitution sont multiples : la mauvaise éducation, la contagion de l'exemple, l'entraînement, le manque de travail, la paresse, le besoin de luxe, etc.

Pourtant il existe des femmes — et l'intéressant travail de l'auteur en cite de nombreux exemples — qui vont à la prostitution

instinctivement, fatalement, comme les fous moraux vont au mal et au vice. Aussi bien la prostitution n'est peut-être qu'un dérivatif de la criminalité, et certaines prostituées ne sont sans doute que des malheureuses atteintes de *moral insanity*, des folles et des dégénérées. E. B.

XXIV. **Sur un cas de catatonie**, par M. le Dr Cuylitz (*Bulletin de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, mars 1902).

Observation d'un malade de vingt-six ans qui, après trois collocations pour des accès de mélancolie avec stupeur, survenus à la suite de violentes émotions, a été interné une quatrième fois pour des accidents semblables accompagnés de rigidité généralisée des muscles, de négativisme, de suggestibilité, etc.; de temps en temps ce malade redevient lucide pendant quelques heures, écrit des lettres raisonnables, se conduit correctement pour retomber ensuite dans l'immobilité et le mutisme. D'après l'auteur, ces accidents ne sont pas d'origine hystérique, les stigmates de cette névrose faisant défaut chez le malade. Celui-ci ne saurait davantage être considéré comme un dément précoce puisqu'il y a des moments où son intelligence est entière. Le tableau clinique se rapproche de celui des psychores par auto-intoxication du système nerveux, mais en l'absence de données permettant de démontrer le bien fondé de cette hypothèse, l'auteur se borne à affirmer qu'il existe une maladie, à tort ou à raison, désignée sous le nom de catatonie, maladie qui a une symptomatologie et une évolution déterminées et que c'est de cette affection qu'il s'agit chez son malade. G. D.

XXV. **Évolution comparée des troubles de la sensibilité aux trois périodes de la paralysie générale** ; par le Dr Marandon de Montyel (*Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, septembre 1901).

De l'étude des sensibilités tactile, douloureuse et génitale étudiées simultanément, à toutes les phases de la paralysie générale chez 14 malades, l'auteur tire un certain nombre de conclusions que nous résumons ainsi :

Il est tout à fait exceptionnel de trouver les trois sensibilités normales au même moment, tandis qu'on les trouve anormales toutes les trois à la fois dans 1/10e de cas environ, mais le fait le plus fréquent est l'anormalité simultanée des sensibilités douloureuse et génitale (la sensibilité tactile restant indemne), plus fréquente que l'anormalité de la sensibilité génitale seule. Jamais la sensibilité tactile seule n'est anormale.

L'altération qui persiste d'un bout à l'autre de la maladie est toujours un affaiblissement ou une abolition : celui-là plus fré-

quent pour le tact et la douleur, celle-ci pour la sensibilité génitale.

XXVI. **Un enfant d'idiote** ; par le Dr Ley (*Bull. de la Soc. ment. de Belgique*, décembre 1901).

Il s'agit d'un enfant de dix ans, issu d'une mère idiote violée dans un cabinet d'aisances par un individu resté inconnu qui lui barbouilla ensuite la vulve avec de la graisse à voitures. Placé à l'école d'enseignement spécial, cet enfant qui jusque-là n'avait rien appris et n'était bon à rien, s'est très amélioré au point de vue intellectuel et moral. Les moyens employés ont été, outre la discipline générale de l'école, la gymnastique rythmée au son de la musique, l'enseignement attrayant et intuitif, etc. L'auteur fait suivre cette observation des reflexions suivantes :

*Au point de vue social :* il est immoral et dangereux pour la société de laisser, surtout dans les classes pauvres, les filles idiotes vivre dans leur famille en butte aux attentats d'individus sans scrupule. Il est certain que si la fécondité des idiotes n'était pas, sinon nulle, du moins très diminuée, le nombre de ces malheureuses devenant enceinte, serait encore plus considérable.

*Au point de vue clinique :* il est intéressant de voir que des individus aussi tarés peuvent donner naissance à un produit qu'on eut pu supposer beaucoup plus mauvais. Notons aussi que le premier diagnostic qu'on pose sur l'état mental d'un enfant est souvent trompeur et que ce n'est qu'après toute une période d'observations et après tentative d'éducation qu'on peut établir un diagnostic définitif. Le diagnostic et le pronostic du médecin en cette matière ont en général une tendance trop pessimiste.

*Au point de vue éducatif :* le traitement médico-pédagogique intégral a fait ses preuves dans l'éducation des dégénérés. La gymnastique rythmée au son de la musique est un moyen puissant d'éveiller et de fixer l'attention. Tout cela est appliqué à Bicêtre. Lorsque le pouvoir d'attention s'accroît, la sociabilité de l'individu augmente corrélativement. G. D.

XXVII. **Un cas de polynévrite avec psychose** ; par J. Crocq. (*Journ. de Neurologie*, 1902, n° 10).

Il s'agit d'une femme de soixante-sept ans qui fut prise de violentes douleurs dans les membres supérieurs, puis dans les membres inférieurs. Ces douleurs furent suivies quelque temps après d'une atrophie avec parésie des quatre membres, exagération des réflexes rotuliens, abolition des réflexes plantaire et achilléen, etc. En même temps on constata des troubles de la mémoire portant à la fois sur les faits récents et les faits anciens et, des fausses réminiscences et un certain degré de désorientation.

Ces différents accidents ne peuvent être attribués, d'après l'auteur, qu'à la maladie de Kirsakow et en raison de l'âge avancé de la malade on est en droit de craindre que ni la psychose ni la polynévrite ne disparaissent complètement. G. D.

XXVIII. **Un cas de personnalité multiple**; par A. Gilbert (de Portland) (*Medical Record*, 9 août 1902).

VI observations d'épilepsie psychique ayant occasionné des personnalités successives avec automatisme ambulatoire et psychisme partiel sous trois formes distinctes et réciproquement amnésiques.

XXIX. **Note sur deux cas de folie consécutive à la chorée**; par Rothsay C. Stewart (*The Journal of Mental Science*. Juillet 1901).

L'un de ces cas s'est terminé par la guérison, et l'autre par une amélioration. Les cas de folie choréique paraissent avoir quelques symptômes communs : le changement de caractère et la tendance au soupçon à l'égard des personnes de l'entourage, en même temps que de la diminution de la mémoire et de la faculté d'attention.

Arndt dit que la chorée ne peut exister sans une altération plus ou moins accusée des facultés intellectuelles, altération souvent assez légère pour échapper à l'observation et se traduisant surtout par l'incohérence des idées et l'inattention à l'égard des choses ambiantes. Le siège de ces troubles se trouve probablement dans l'écorce, mais ici les faits ne sont pas assez uniformes pour être probants. On a tenté d'expliquer la chorée par des embolies fines, et Letschenow avance que la lésion se trouve dans les couches optiques. Clouston a publié deux cas de folie choréique étroitement associée au rhumatisme, mais sans souffle cardiaque, et il admet l'hypothèse étiologique d'une altération du sang. Leube admet cette altération chimique et l'influence du sang ainsi modifié sur certaines parties du système nerveux. La lésion anatomique la plus fréquemment rencontrée à l'autopsie est l'endocardite avec petites végétations sur une ou plusieurs valvules, mais on a publié des faits qui paraissent démontrer que l'endocardite est souvent consécutive à la chorée.

Dans les deux cas rapportés par l'auteur il y avait eu plusieurs attaques de chorée, ce qui peut, suivant lui, faire penser à une altération de la composition du sang. R. de Musgrave-Clay.

XXX. **Phtisie et folie : étude principalement basée sur les statistiques de mortalité comparée pour l'Irlande**; par Thomas Drapes (*The Journal of Mental Science*. Octobre 1901).

C'est une question très importante que celle de savoir s'il y a un

lien entre la phtisie et la folie, ou en d'autres termes, si c'est parce qu'ils sont aliénés que les aliénés sont particulièrement exposés à la tuberculose. C'est au moyen des statistiques que l'auteur se propose de l'étudier, sans méconnaître tout ce que les inexactitudes de chiffres, ou la forme même donnée aux statistiques peuvent introduire dans cette méthode de causes d'erreur.

L'Irlande parait être un terrain particulièrement favorable à la tuberculose : si l'on prend l'année 1899, la dernière dont les statistiques soient publiées, on note les chiffres suivants, pour un million d'habitants : en Angleterre 1336 décès par phtisie pulmonaire, et en Irlande 2092, tandis que le taux de la mortalité générale est sensiblement égal dans les deux pays (18,3 p. 1000 en Angleterre, et 17,6 en Irlande). Si l'on étend maintenant ces recherches aux asiles, on trouve une mortalité de 98,7 dans les asiles d'Angleterre et de 72,1 dans les asiles d'Irlande ; et si l'on compare ces chiffres avec les proportions correspondantes pour la population générale (18,3 pour l'Angleterre et 17,6 pour l'Irlande), on constate que, chez les aliénés, la mortalité est, en Angleterre et dans le pays de Galles cinq fois et demi, en Irlande plus de quatre fois égale à la mortalité de la population générale.

En ce qui touche la phtisie dans les asiles voici les résultats : pour 10 000 personnes on trouve dans les asiles d'Angleterre 141,41 décès par phtisie au lieu de 13,36 dans la population générale, — et dans les asiles d'Irlande 204,69 décès au lieu de 20,92 dans la population générale. En chiffres ronds, la mortalité par phtisie dans les asiles d'Angleterre et d'Irlande est environ dix fois supérieure à la mortalité de même origine en dehors des asiles. Il ne faudrait pas conclure pourtant de ces chiffres que la mortalité par phtisie chez les aliénés est dix fois supérieure à celle des personnes saines d'esprit : il est évident en effet que la « population » des asiles diffère de la « population » en général, en ce que cette dernière comprend tous les vivants de tout âge, tandis que la population des asiles ne renferme que des sujets pris à peu près exclusivement dans certaines limites d'âge. Exception faite pour les idiots, on ne trouve guère dans les asiles de sujets âgés de moins de quinze ans, et les individus au-dessous de quinze ans forment à peu près un tiers du total général de la population : en rectifiant les chiffres d'après ces données la mortalité phtisique des asiles n'est plus dans le rapport de 10 à 1 vis-à-vis de la population générale, mais dans le rapport de 7,5 à 1 environ.

On a voulu donner une grande importance à ce fait que sur les certificats de décès des asiles, la phtisie n'est pas toujours donnée comme cause de mort, le malade succombant à une maladie intercurrente et la phtisie n'étant constatée qu'à l'autopsie : l'argument aurait sa valeur, si les choses ne se passaient absolument de la même manière en dehors des asiles.

On a dit aussi que pour parvenir à une appréciation exacte, il faudrait prendre pour base de la comparaison « le rapport dans chaque cas particulier des décès annuels par phtisie avec la moyenne des populations considérées ». Cette manière de voir de M. Crookshank est trop dogmatique et ne saurait être acceptée : la population générale se compose de sujets en majorité bien portants, celle des asiles se compose de sujets affaiblis : la comparaison est illégitime. Il est beaucoup plus logique de considérer le pourcentage du décès par une maladie donnée dans ses rapports avec la mortalité par toutes causes; c'est ce qu'a fait le Dr Grimshaw, et c'est en étudiant ces recherches judicieusement conduites que l'auteur a commencé à mettre en doute la légitimité de l'opinion qui fait de la folie une prédisposition à la phtisie. En étudiant la fréquence de la tuberculose en Irlande, M. Grimshaw dit qu'elle est de toutes les maladies qui règnent en Irlande la plus destructive, et que les ravages dépassent la somme de ceux que causent les autres maladies infectieuses réunies. Il reste donc à rechercher si réellement ces ravages sont encore plus considérables dans les asiles.

Ici se placent des chiffres et des tableaux, documents intéressants, mais naturellement impossibles à analyser, sauf pour en faire ressortir quelques points saillants : ils démontrent clairement au moins deux choses : d'abord que la mortalité relative par phtisie chez les adultes jeunes, à la période que l'on pourrait appeler période d'élection de la phtisie, est à peu près égale à l'asile ou hors de l'asile ; et ensuite que la mortalité par phtisie chez les malades âgés est plus considérable à l'asile que hors l'asile. Les statistiques ne donnent malheureusement pas la durée du séjour à l'asile au moment de la mort; mais on peut légitimement admettre que les malades qui meurent après quarante-cinq ans ont pour la plupart fait à l'asile un séjour d'une certaine durée; et on est amené à reconnaître que l'*élévation du taux de la mortalité par phtisie dans les asiles n'est nullement due à une prétendue influence prédisposante de la folie, mais aux conditions de la vie dans les asiles;* ce qui revient à dire que la « phtisie des aliénés » n'existe pas, mais qu'il existe une « phtisie des asiles ». Et l'on trouvera une preuve de plus de l'exactitude de cette manière de voir, c'est l'extrême variabilité de la mortalité des asiles comparés entre eux, la différence pouvant atteindre la proportion de 1 à 4 (14,4 à 60 p. 100).

Si, comme les arguments qui viennent d'être exposés — et d'autres encore que l'on pourrait invoquer — le démontrent, la phtisie est généralement acquise à l'asile, il n'y a plus à désespérer de voir diminuer les ravages de cette maladie. L'hygiène et la prophylaxie suffiront à cette tâche; et l'auteur, en terminant, indique quelques-unes des conditions les plus fâcheuses parmi

celles — et elles sont nombreuses et d'ordre divers — qui favorisent dans les asiles la contagion de la tuberculose.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XXXI. **Friedrich Nietzche : Étude de pathologie mentale**, par William W. IRELAND (*The Journal of Mental Science*, janvier 1901).

Friedrich Nietzche descendait d'une famille noble polonaise que les persécutions religieuses avaient forcé de chercher un refuge en Allemagne : son père était ministre luthérien et sa mère la fille d'un ministre. Il naquit le 15 octobre 1844 à Röcken, dans la Saxe prussienne. Son père souffrit pendant onze mois d'une affection cérébrale et mourut quand il avait cinq ans. Olla Hausson nous apprend que depuis plusieurs générations, dans la famille de sa mère comme dans celle de son père il y avait une prédisposition à la folie. L'enfant ne parla qu'à deux ans et demi et montra de bonne heure un goût marqué pour la solitude : il était pieux et studieux, il fit ses études aux Universités de Bonn et de Leipzig où il montra de l'aversion pour la boisson et le tabac dont ses camarades abusaient. Il avait vingt-quatre ans lorsqu'il fut nommé professeur de philologie à l'Université de Bâle, ce qui lui fit délivrer par l'Université de Leipzig le grade de docteur en philosophie sans examen ni thèse. Il aimait beaucoup la musique et passait ses moments de loisir dans la maison de Richard Wagner, à Lucerne. Il aimait aussi beaucoup la poésie, et faisait des vers assez obscurs, et où il y avait, dit M. Ireland, « plus de fumée que de flamme ». Il fit la campagne de 1870 dans le corps des ambulanciers, et contracta en France la diphtérie et le choléra nostras, regagna à grand peine Erlangen, où il arriva épuisé, et sa santé ne se rétablit jamais complètement. (Une blessure qu'il s'était faite en sautant sur un cheval difficile l'avait rendu impropre au service militaire actif). A dater de ce moment il commença à souffrir tous les quinze ou vingt jours, de migraine, de céphalalgie violente avec nausées et rétrécissement du champ visuel, le tout souvent accompagné d'anxiété mentale. Il était atteint de myopie héréditaire. Sa sœur nous le représente comme peu démonstratif, mais sensible et plein de compassion, et de manières douces. En 1876 il obtint un congé d'un an pour rétablir sa santé et passa l'hiver à Sorrente ; mais sa maladie le suivait partout, et en 1879 il dut renoncer à sa chaire et reçut une pension de 3 000 francs. Son ami Burckhardt, professeur d'histoire de l'art, déclare que Bâle n'a jamais possédé un pareil professeur, et il paraît avoir eu une grande influence sur les jeunes étudiants. Il vécut alors une vie vagabonde en Suisse et en Italie, surtout dans l'Engadine et à Gênes. Sa vue devint si mauvaise qu'il dut renoncer à la lecture ; mais son état s'améliora et il conçut le plan d'étudier les sciences naturelles.

Quand il ne pouvait plus lire, il écrivit, et la suite de ses volumes est le compte rendu chronologique de ses diverses croyances et de ses divers états mentaux. Sa tournure d'esprit, maintenant qu'il n'y avait plus à s'occuper du côté matériel de la vie, le portrait vers la philosophie. « Dans ses goûts et dans ses « processus mentaux, dit M. Ireland, dans sa nature tout entière « il y avait quelque chose d'excentrique et de perverti ; ses idées « ne semblaient pas s'associer à la façon de celles des autres « hommes. » Il rejeta complètement la foi religieuse qu'il tenait de sa mère. Pendant quelques années il eut une vénération pour deux maîtres de la philosophie et de l'art, Schopenhauer et Wagner. Mais il y avait dans son esprit une agitation et une puissance de désintégration qui ne tardaient pas à lui faire rejeter toute autorité comme toute croyance. Son caractère devint belliqueux et bien que personne n'ait été plus que lui partisan de la tolérance, il ne supportait pas la contradiction sans mauvaise humeur.

M. Ireland rappelle ici le succès actuel, qu'il ne paraît pas s'expliquer d'ailleurs, des œuvres de Nietzche ; il pense toutefois qu'il faut attribuer ce succès, auprès de certaines gens, à la façon méprisante dont il a dénoncé les faiblesses de notre époque ; et comme contre-partie il signale les jugements sévères portés sur lui par Max Nordau. M. Ireland reconnaît toutefois que, si paradoxaux qu'on puisse trouver les écrits de Nietzche, il y a quelque exagération à les décrire comme les écarts d'un esprit égaré, et que même on y peut voir luire de temps en temps une idée originale et vraie exprimée dans une langue amusante et pittoresque. Mais ce qu'il se propose surtout, c'est de considérer le philosophe allemand comme un cas de pathologie mentale. Son premier ouvrage sur l'origine de la tragédie passa inaperçu et ne fut loué que par Wagner et sa femme ; puis il publia une véhémente attaque contre David Strauss, ennemi comme lui-même du christianisme, mais dont il ne pouvait accepter l'optimisme, et plus tard trois essais sur l'usage et les inconvénients de l'histoire, sur Schopenhauer, considéré comme éducateur, et sur Richard Wagner à Bayreuth.

Dans son ingénieuse étude sur Nietzche, Nordau soutient, ce que M. Ireland ne peut admettre, que la véritable source de la doctrine de Nietzche est dans son sadisme « et qu'il était atteint d'érotomanie, c'est-à-dire d'une forme voilée de psychopathie sexuelle (folie amoureuse chaste). L'étude des œuvres de Nietzche ne donne aucun appui à cette opinion, mais fournirait plutôt des arguments pour la combattre : son amativité paraît avoir été très faible, et ses sentiments à l'égard des femmes ne paraissent pas aller au delà des satisfactions de l'amitié et de la conversation ; et sa sœur nous apprend que plusieurs médecins avaient attribué ses maux de tête à sa chasteté. Il ne voulait ni du mariage, ni des

relations sexuelles en dehors du mariage. Quand il parle des femmes, d'ailleurs, il ne sort guère des lieux communs. Nordau dit bien d'ailleurs que le sadisme de Nietzche était purement intellectuel et se satisfaisait par des débauches d'idées ; mais Nietzche n'est jamais obscène.

Il semble, dit M. Ireland, que Nordau ait voulu à toute force étiqueter et classer un homme qui est tout justement un cas particulier.

Nietzche critique le caractère superficiel et trop spécialisé de l'éducation moderne, et particulièrement l'importance attachée aux études historiques, qu'il considère comme au moins inutiles et nuisant à la plasticité de l'intelligence.

Dans ses premiers essais, on voit apparaître deux conceptions qui joueront un grand rôle dans les spéculations ultérieures, le culte du génie et la théorie de la décadence. Bientôt, il publie son livre : *Humain, trop humain* (1877), qu'il écrit à Sorrente en compagnie de Wagner, et où il se montre nettement antichrétien ; il admet que le christianisme a purifié le monde romain corrompu, mais il déclare qu'il a eu l'effet d'un poison sur les races germaniques. Il y formule cette maxime que la meilleure manière de commencer la journée est d'examiner de quelle façon on pourra être agréable à une personne « au moins », et il ajoute que, « si cette préoccupation prenait la place des exercices religieux ordinaires, l'humanité ne pourrait que gagner au change. »

On a vu que Nietzche souffrait de migraines sévères : il n'y a là ordinairement qu'une maladie fonctionnelle, sans grande tendance à se transformer en affection plus grave : elle s'accompagne souvent, et c'était le cas chez Nietzche, d'une grande dépression mentale, et peut-être quelquefois, mais rarement, le prélude de la folie. Un mot qui revient souvent, dans ses écrits, c'est le mot dégoût (*Ekel*), et il paraît avoir considéré toutes choses avec une perpétuelle nausée, comme un homme qui a le mal de mer considère les aliments. Il jugeait niais de s'indigner contre la méchanceté, les hommes n'étant que les instruments de la fatalité, mais le dégoût chez lui remplaçait l'indignation. On peut ajouter qu'il avait l'odorat d'une acuité morbide.

En 1882, ses souffrances ayant diminué, il en vint à admettre que le monde pouvait se justifier comme phénomène esthétique, et que la vie valait la peine d'être vécue. A la même époque, il se sépara de Wagner. Malheureusement, il perdait la faculté de concentrer et de soutenir sa pensée, et ses livres prirent la forme d'aphorismes courts, de phrases où l'on découvre « des associations d'idées et de mots qui ne sont réglées ni par le bon sens ni par le jugement. » A Gênes, pendant les premières années de sa vie errante, dans l'intervalle de ses souffrances, il écrit *Aurore ;*

puis, en 1883 et 1884, il publie l'œuvre que ses admirateurs considèrent comme son œuvre maîtresse : *Ainsi parlait Zarathustra*, dans laquelle, comme dans tous ses derniers ouvrages, on trouve à toutes les pages « un manque de mesure et un manque de goût ». D'ailleurs, si « Nietzche avait quelques idées directrices, on ne peut pas dire qu'il ait eu un système de morale établi sur des inductions ou des déductions. » A ce qu'il croyait être la vérité, il avait montré un dévouement très ferme : « Pour avoir le droit de la proclamer, il avait abandonné la foi de ses pères, la croyance en Dieu, l'espoir d'une vie future, la sympathie de beaucoup de ses amis, et la morale ordinaire du monde. A la fin, il en arriva à se demander si la vérité elle-même avait une valeur » et si soutenir que la fausseté d'une opinion n'est pas une objection contre cette opinion. Il avait un mépris qu'il professait avec ostentation pour la démocratie, le socialisme, le bonheur du plus grand nombre. Il proclamait que le peuple devait être maintenu en esclavage et ne considérait d'ailleurs l'humanité que comme une période purement transitoire dans le mouvement ascensionnel de l'évolution. Lichtenberger nous apprend qu'il se considérait lui-même comme étant à la fois le continuateur et le destructeur de l'œuvre de Jésus. « Comme on l'a vu, dit M. Ireland, Nietzche passa de la santé mentale à la folie par des périodes de transition », et ce passage fut long.

Dans des lettres à sa sœur et à son beau-frère, il se montre soupçonneux et il raconte qu'il prend des narcotiques, mais ne peut pas dormir : en effet, il abusait du chloral. M. Ireland soupçonne que son insomnie était due à une dégénérescence artérielle des vaisseaux cérébraux. Il se plaignait de la conspiration du silence qui s'était faite autour de ses œuvres, et M. Ireland remarque que c'est là une idée délirante commune chez les auteurs.

Le début apparent de la première crise de folie de Nietzche fut caractérisé par une chute à la porte de sa maison, avec impossibilité de se relever : il resta deux jours sans mouvement et sans parole. Quand il revint à lui, il se parla à lui-même à haute voix, chanta bruyamment. Il couvrit plusieurs feuilles de papier d'écrits délirants où il mêlait les personnages de la mythologie grecque, ceux de l'Evangile et ceux de l'époque actuelle; il accusait ses meilleurs amis de lui nuire, assurait que Dieu, mis en pièces par ses ennemis, errait sur les bords du Pô, et signait ses lettres Dionysos : une de celles-ci étant parvenue à Bâle au professeur Overbeek, il vint à Turin, où se passaient ces événements, et emmena Nietzche à Bâle et de là dans la maison de santé du Dr Beriswanger, à Iéna. On désigna sa maladie sous le nom de « paralysie à forme atypique ». Pendant que M. Ireland achevait ce travail, Nietzche succombait (25 août 1900), à une hémorrhagie cérébrale.

Les admirateurs de Nietzche font remarquer que son caractère personnel est une partie importante de sa philosophie; « mais ses écrits ne rendent d'autre service que celui d'indiquer son aberration mentale : comme contribution à la psychologie, ils sont dépourvus de toute valeur. »

Un de ses biographes, Mme Andréas, nous apprend, ce à quoi ses écrits ne nous préparaient guère, qne Nietzche se distinguait par une grande politesse et une douceur presque féminine : suivant son expression, il portait un masque et un manteau pour cacher sa vie intérieure, qu'il ne révélait presque jamais.

Il aimait la solitude, et il a écrit dans *Ecce Homo :* « Souffrir de la solitude est une infériorité ; je n'ai jamais souffert que de la foule. »

« Le malheureux Nietzche, dit M. Freland, était né avec une tendance héréditaire à un fonctionnement mental anormal ; dans sa première enfance, il était arriéré; dans son enfance, il a été timide et solitaire; dans sa jeunesse, il ne prenait aucun plaisir aux sports et aux amusements des jeunes gens, mais il apprenait vite, avait des aptitudes littéraires et aimait à s'écarter des sentiers battus... Les rapports de ses souffrances nerveuses avec son trouble mental ne sont pas clairs, mais il n'est pas douteux que ces souffrances ont exaspéré son intelligence et augmenté son mécontentement de la vie. Peu d'hommes, et seulement les meilleurs, sont rendus meilleurs par la maladie... « Son état était celui qu'on décrit sous le nom de folie du doute. » Le pouvoir de raisonner correctement, dit encore M. Freland, s'affaiblit chez lui, et ce qu'il y a de particulier dans son cas, c'est qu'il paraît avoir gardé longtemps le pouvoir de se contrôler lui-même, de manière à ne pas violer les règles ordinaires de conduite dans ses rapports avec les autres hommes, alors qu'il donnait satisfaction à ses tendances extravagantes en écrivant des livres provocateurs à l'égard des croyances les plus chères à ceux au milieu desquels il vivait. Pour employer sa propre expression, il « philosophait à coups de marteau. » Et M. Freland, en terminant, se demande comment les livres de Nietzche peuvent être lus, et surtout loués.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

M. Ireland a déjà publié d'intéressantes et sagaces monographies psychologiques dont il a été rendu longuement compte à cette place. Nous avons tenu à faire une part égale à sa psychologie de Nietzche : mais il est impossible de ne pas remarquer que si son jugement sur le philosophe allemand est motivé, son argumentation l'est moins. Nietzche avait de l'hérédité névropathique et il est mort en état d'aliénation mentale, mais de sa folie avant les accidents termi-

naux, M. Ireland ne nous en donne aucune preuve, ou plutôt il n'en donne qu'une, sa philosophie qui est anti-chrétienne, changeante et, au point de vue des lieux communs de la morale, révolutionnaire. Cela n'est pas suffisant, et les assertions de M. Ireland sont quelque peu troublantes, et même désobligeantes, pour la mentalité de ceux qui trouvent en Nietzche un des plus rigoureux penseurs de l'Allemagne moderne et ont lu et admiré ses œuvres sans s'apercevoir qu'il était fou.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

XXXII. **La névrose d'angoisse**; par HARTEMBERG. (*Revue de médecine*, août 1901.)

Après avoir exposé les principaux symptômes de la névrose d'angoisse dans des articles déjà signalés, l'auteur établit des conclusions sur la nature de la maladie décrite par Freud :

Doit-on, comme le veut ce dernier, séparer nettement la névrose d'angoisse du domaine de la neurasthénie? La névrose d'angoisse se rattache à la neurasthénie; elle a les mêmes origines qu'elle, mais elle dépendrait plutôt d'un épuisement du sympathique, tandis que la neurasthénie semble plutôt due à un épuisement du système cérébrospinal. Freud prétend que la névrose d'angoisse serait exclusivement due à l'excitation sexuelle non satisfaite (coït incomplet, excitations funestes, etc.). Les causes sont affectives, mais tout surmenage, épuisement ou traumatisme est également capable de la produire.

La névrose d'angoisse est souvent associée à la neurasthénie, mais il paraît utile de séparer de cette dernière, dont le terme est trop vaste, un syndrome morbide qui repose sur une maladie primitive de l'émotivité et dont le mécanisme pathogénique apporte une démonstration en faveur de la doctrine de la priorité de la vie affective dans la constitution des phobies et des obsessions.

M. HAMEL.

XXXIII. **De L'épilepsie**; par W. BRAADBENT. (*Brit. med. Journal*, 4 janvier 1902.)

Revue négative en ce qui concerne l'étiologie, la nature et la cure de la névrose. Ses symptômes, ses causes, ses variétés, son pronostic et sa thérapeutique sont esquissés ; l'auteur termine en développant ce point de vue que la médication bromurée, en jugulant les crises, n'est qu'un palliatif des symptômes, mais pas un traitement satisfaisant quant à la névrose elle-même qu'il considère comme d'origine viscérale (autointoxication).

XXXIV. **Troubles moteurs chez les paralytiques généraux** ; par MARANDON-DE MONTYEL (*Revue de médecine*, 1899).

Les troubles moteurs ont été observés chez 108 sujets paralytiques aux deux premières périodes de la maladie. De ces divers cas, l'auteur pense devoir dégager les conclusions suivantes : d'abord des troubles moteurs excessifs peuvent se montrer de préférence à la première période et réciproquement, les troubles légers à la seconde. L'intégrité du sphincter n'a pas de rapport direct avec les troubles moteurs. En somme on ne peut savoir par la seule inspection de la motricité si le paralytique est à la première ou à la seconde période de la maladie. A la seconde période, la fréquence des troubles est d'autant plus grande que le degré d'altération est plus élevé, le fait inverse n'a pas été observé pour la première période. A cette première période, les rémissions dans les troubes moteurs ont été bien moins accusées qu'à la seconde.

Les troubles moteurs ont été trouvés beaucoup plus accusés aux deux périodes dans la paralysie générale précoce et de l'âge moyen que dans la tardive. Enfin, parmi les élements étiologiques accentuant les troubles moteurs, l'alcool semble jouer le principal rôle à la première période, puis la syphilis et le traumatisme.

M. HAMEL.

XXXV. **Contribution à l'étude des paralysies psychiques** ; par HAUSER et LOSTAT JACOB. (*Revue de médecine*, nov. 1901.)

Quatre observations dont trois se rapportent à des sujets non hystériques, et ayant présenté une paralysie de cause vraisemblablement psychique. Ce qu'il y a de particulier à noter, c'est que ces paralysies affectaient, soit exclusivement, soit de préférence, un groupe musculaire dévolu à une fonction. Elles ont cédé facilement à un traitement psychothérapique. Comme les sujets n'étaient pas hystériques, il est peut-être préférable de les ranger simplement parmi les paralysies psychiques, afin de ne pas trop étendre le cadre de l'hystérie. M. H.

XXXVI. **Le vertige psychique** ; par VASCHIDE et VURPAS. (*Revue de médecine*, mai 1902.)

Il s'agit ici du trouble angoissant qu'éprouvent les sujets prédisposés qui se trouvent élevés à une certaine hauteur. Il se produit non un vertige proprement dit, mais une sorte de suggestion, le sujet finissant par éprouver la sensation réelle de chute dans l'espace et commençant à esquisser les mouvements ; l'idée de chute exerçant un rôle inhibiteur et envahissant complètement le champ de la conscience. Ce vertige rentre dans la catégorie des états émotifs et des obsessions propres aux dégénérés. M. H.

XXXVII. **Les hallucinations unilatérales, leur fréquence relative, leurs associations, leur pathologie**; par Alex. Robertson. (*The Journal of Mental Science*. Avril 1901.)

L'auteur a pu rassembler 15 cas bien nets d'hallucinations unilatérales. Il s'agissait dans tous ces cas d'hallucinations de l'ouïe, et elles se sont manifestées douze fois du côté gauche. Il n'a jamais rencontré d'hallucinations unilatérales de la vue, non plus que du goût et de l'odorat, bien qu'il soit à sa connaissance que des faits de ce dernier genre ont été observés. Dans un certain nombre de cas, on a noté la prédominance bien marquée des hallucinations d'un côté; mais il ne s'agissait plus d'hallucinations vraiment unilatérales. Ce mémoire se termine par des considérations intéressantes sur les rapports généraux des hallucinations unilatérales et sur leur pathologie. R. de Musgrave-Clay.

XXXVIII. **L'action toxique dans la genèse de la paralysie générale**; par F. Robertson. (*Brit. med. Journal*, 26 octobre 1901.)

L'auteur développe d'après des recherches histologiques personnelles, cette vue que la paralysie générale est une réaction de tous les tissus imprégnés de toxines ; il établit un parallèle entre les fines lésions de capillaires des divers tissus hépatique, cérébral, stomacal, etc., comparés à l'état normal de ces mêmes tissus 8 figures). A. M.

XXXIX. **Le substratum physique de la mélancolie**; par J. Turnes. (*Brit. med. Journ.*, octobre 1901.)

12 figures, montrant des altérations de cellules nerveuses à divers degrés ; l'auteur développe la théorie d'une imprégnation toxique préalable, constante dans toute folie héréditaire ou non.

---

# SOCIÉTÉS SAVANTES.

## SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

*Séance du 6 novembre* 1902. — Présidence de M. Gombault.

### *Gigantisme et infantilisme.*

MM. Launois et Roy présentent un malade qui a déjà été l'objet de diverses publications. C'est un homme âgé de trente ans et qui mesure actuellement 2 m. 15. Il est né en 1870 et n'a jamais cessé de grandir. A vingt et un ans, il mesurait 1 m. 86, à vingt-quatre

ans, 1 m. 94, à vingt-sept ans, 1 m. 99. Il présente en outre tous les signes de l'infantilisme. L'unique testicule qui occupe son scrotum est atrophié, la prostate est minuscule, la verge très petite, il n'y a de poils ni aux aisselles ni à la face, un duvet insignifiant revêt le pubis. Un génu valgum gauche empêche depuis quelque temps le sujet d'exercer sa profession de phénomène forain. Les radiographies montrent la persistance complète des cartilages de conjugaison. Il n'est pas acromégalique ; mais on peut pronostiquer qu'il le deviendra quand ses épiphyses se seront soudées, selon l'évolution observée sur d'autres géants (Brissaud et Meige). Cette persistance de cartilages chez un géant de trente ans montre l'erreur possible des auteurs qui ont cru pouvoir, d'après cette persistance, établir l'âge (dix-huit ans) d'un géant dont ils n'avaient pas connu l'histoire. Il est probable que le sujet possède une glande pituitaire hypertrophiée. Ce cas pourra servir à étayer une étude poursuivie en ce moment par M. Launois sur les rapports existant entre l'état de la glande pituitaire et l'état d'atrophie ou l'absence des testicules (animaux châtrés et non châtrés), et sur l'allongement des membres dans ce dernier cas.

*Tremblement et tachycardie.*

MM. Gilbert Ballet et L. Delherm. — M. Gilbert Ballet, à l'une des dernières séances de la Société, a émis l'opinion acceptée par certains (P. Marie), repoussée par quelques autres (Babinski), que le tremblement qu'on observe dans la maladie de Basedow est fonction de la tachycardie et non de la maladie elle-même, qu'on peut le rencontrer chez les tachycardiques les plus divers, que, par suite, il n'a pas de signification diagnostique et ne peut être invoqué en faveur de la nature basedowienne de l'accélération des battements du cœur.

MM. Gilbert Ballet et L. Delherm présentent un malade qui démontre précisément le bien fondé de cette manière de voir. C'est un homme de quarante-cinq ans, affecté d'un tremblement très net, généralisé, à oscillations petites et fréquentes, comme on le voit, dans le goître exophtalmique. Il existe simultanément une tachycardie des plus accusées (140 à 150 pulsations à la minute) ; or, on peut affirmer que cette tachycardie n'a rien à faire avec la maladie de Basedow ; il n'y a trace ni d'exophtalmie, ni de tuméfaction du corps thyroïde. D'autre part, il y a dans la poitrine des lésions qui suffisent à expliquer l'accélération des battements du cœur par le mécanisme probable de la compression ou de la névrite du pneumogastrique ; l'auscultation, la radiographie et l'examen bactériologique des crachats démontrent, en effet, qu'il existe chez le malade de l'induration tuberculeuse avec ramollissement partiel du poumon gauche.

Il ne semble pas douteux que la tachycardie dépende de ces altérations.

Ce cas démontre donc, comme l'avait avancé antérieurement M. Gilbert Ballet, que le tremblement est sous la dépendance de la tachycardie et qu'il n'est pas nécessaire, pour qu'il s'y associe, que celle-ci soit la manifestation de la maladie de Basedow.

M. Marie n'admet pas que le tremblement et la tachycardie soient sous la dépendance l'un de l'autre, ce sont deux effets d'un même état du système nerveux central.

*Un cas de paralysie radiculaire supérieure bilatérale du plexus brachial, à symptomatologie surtout sensitive, par côtes cervicales supplémentaires.*

MM. J. Déjerine et P. Armand-Delille présentent une femme chez laquelle apparurent, à l'âge de trente-trois ans, des douleurs du membre supérieur gauche, avec parésie et anesthésie en bande dans le territoire des cinquième et sixième cervicales ; tandis qu'à droite, il y avait seulement hypo-esthésie dans la même zône.

La radiographie montra la présence, de chaque côté, d'une côte cervicale supplémentaire, plus développée à gauche.

L'extrémité de la côte gauche fut enlevée chirurgicalement et l'opération amena la disparition des troubles subjectifs et objectifs de la sensibilité.

Il est difficile d'expliquer l'apparition des symptômes seulement à l'âge de trente-trois ans, à moins qu'il ne s'agisse d'une poussée ostéogénique tardive.

M. Brissaud, à propos de la malade présentée par M. Déjerine, ne s'étonne pas que les symptômes radiculaires aient été tardifs et se soient localisés sur les côtes supplémentaires, les processus morbides se développant plus fréquemment là où il y a des anomalies. S'il n'y a pas eu ostéite, mais seulement ostéogénie ce cas pouvait se rapprocher des poussées de croissance tardives des dents de sagesse.

*Un cas de zona à topographie radiculaire rigoureuse des trois premières lombaires, avec troubles de la sensibilité dans le même territoire.*

MM. P. Armand-Delille et Jean Camus présentent une malade atteinte de zona. La disposition de l'éruption se superpose exactement au schéma donné par Kocher pour le territoire des trois premières racines lombaires. Fait également intéressant, il y a anesthésie sous tous les modes de la sensibilité (tactile, sensitive et thermique) dans le même territoire, même dans les parties de peau saine entre les éléments éruptifs.

*Présentation d'une pièce de cholestéatome du cervelet.*

MM. P. Armand-Delille et Jean Camus présentent un volumineux cholestéatome, caractéristique macroscopiquement et microscopiquement, qui occupait le lobe droit du cervelet et avait refoulé la partie droite de la protubérance.

*Sclérose en plaques familiale.*

M. Brissaud présente un malade de cinquante-trois ans atteint de tous les signes objectifs de la sclérose en plaques et sujet en outre, actuellement, à des crises d'asthme qui se sont substituées à des crises d'angine de poitrine. Il a observé les mêmes faits chez le frère du patient. D'après les autopsies de cas pareils, il ne s'agirait pas de scléroses en plaques en pareille occurrence, mais de scléroses bilatérales de la moelle dans lesquelles ni la protubérance, ni le cervelet, ni les hémisphères ne sont atteints.

M. Babinski estime qu'en pareil cas les fibres cérébelleuses doivent être intéressées.

M. Bienvenu rapporte une observation de *chorée chronique.*

*Méningite tuberculeuse du bulbe avec rémission de deux ans simulant la guérison.*

M. Cruchet (de Bordeaux) rapporte l'observation d'un jeune garçon de dix ans qui, après avoir présenté, durant un mois et demi, tous les signes d'une méningite tuberculeuse classique, parut complètement guéri pendant deux ans.

Il fit alors une rechute qui, au bout de six semaines, fut encore suivie d'un retour à l'état normal ; la guérison paraissait donc de nouveau obtenue, lorsque l'enfant mourut subitement par asphyxie d'origine bulbaire, avec des signes absolument analogues à ceux que provoquent les physiologistes dans l'expérience de Flourens.

L'autopsie démontra une dissémination considérable de nodules tuberculeux à la périphérie du bulbe, distribués particulièrement le long des artères vertébrales, du tronc basilaire et des cérébrales postérieures, ces dernières étant presque complètement oblitérées au niveau de leur origine.

M. Huet présente une enfant atteinte de *mal de Pott lombaire simulant une myopathie.* Le diagnostic de myopathie ayant cependant paru douteux, la radiographie permit d'établir celui de mal de Pott.

*Paralysie pseudo-bulbaire chez un jeune homme de vingt-huit ans, apparaissant à la suite de deux ictus survenus dans la même journée. Signe des orteils.*

M. Dufour. — La paralysie pseudo-bulbaire est, le plus généralement, le résultat d'une lésion bilatérale des hémisphères. Dans

la grande majorité des cas, les ictus apoplectiques ou les foyers de ramollissement, à la suite desquels s'installe le syndrome pseudo-bulbaire, sont séparés par un intervalle de quelques jours, de plusieurs semaines, de mois ou d'années. Chez le malade que je présente, la maladie a été en quelque sorte schématisée. Un premier ictus, avec hémiplégie droite, survenue à sept heures du matin, est suivi, à neuf heures et demie, d'une guérison en apparence complète, sauf l'existence d'une légère faiblesse du côté droit, du signe des orteils de Babinski, mais avec disparition de la dysarthrie et de la dysphonie. Un deuxième ictus, à trois heures de l'après-midi, amène une hémiplégie gauche avec dysarthrie, dysphonie, troubles de la déglutition, rire spasmodique, qui ont rétrocédé incomplètement dans la suite, laissant les signes très nets de la paralysie pseudo-bulbaire.

Le signe des orteils de Babinski, qui a accompagné chaque ictus, n'a pas tardé à disparaître, faisant place à la trépidation spinale.

Je me demande si le signe de Babinski, qui n'existe pas de l'avis de son auteur dans tous les cas où le faisceau pyramidal est lésé, qui, d'autre part, ne semble pas, dans mon cas, avoir de rapport direct avec le clonus du pied, n'indique pas plutôt une perturbation dans la fonction pyramydale qui consiste à transmettre les ordres moteurs aux muscles du membre inférieur, tandis que le clonus du pied indiquerait une perturbation de cette autre fonction du faisceau pyramidal, qui consiste à maintenir un certain degré de tonicité musculaire.

En un mot, l'hypothèse serait la suivante : le signe des outils est liée à des phénomènes de paralysie peu ou très marquée ; le clonus du pied répond à l'excitation de la voie motrice.

M. Barinski insiste sur le point que le signe qui porte son nom caractérise la lésion pyramidale mais n'en indique ni la hauteur, ni l'intensité.

### *Méningite cérébro-spinale à forme de syndrome de Little et de pseudo-bulbaire.*

MM. Huet et Sicard rapportent l'observation d'un jeune enfant de six ans, atteint, au cours d'une méningite cérébro-spinale consécutive à un abcès de l'oreille, de syndromes nerveux intéressants : tétraplégie spasmodique coïncidant avec des troubles paralytiques des appareils de mastication, de déglutition, de phonation.

Le syndrome de Little trouve sa raison d'être évidente dans la méningo-encéphalite corticale localisée symétriquement et bilatéralement au niveau des centres moteurs ; la pathogénie du syndrome de Duchemin reconnaît vraisemblablement une origine également corticale. Il s'agit donc de troubles pseudo-bulbaires acquis chez un enfant, et l'on connaît la rareté de telles observa-

tions. Il ne semble pas que l'on puisse invoquer une localisation bulbaire directe du névritique en raison de l'absence d'atrophie musculaire et de troubles des réactions électriques.

*Atrophie musculaire et poliomyélite.*

MM. F. Raymond et Cl. Philippe apportent un nouveau document pour l'histoire anatomo-clinique de l'atrophie musculaire progressive spinale, due à une poliomyélite chronique strictement localisée aux grandes cellules des cornes antérieures de la substance grise de la moelle épinière. C'est la première observation avec autopsie dans laquelle le début ait eu lieu par les extrémités des membres inférieurs (pieds et jambes) avec une semblable localisation anatomique. L'affection avait commencé à l'âge de cinquante-deux ans par l'atrophie graduelle des muscles antéro-externes de la jambe, la faiblesse motrice marcha toujours parallèlement à l'amaigrissement sans jamais s'accompagner de troubles sensitifs ni d'aucun phénomène spasmodique. L'autopsie a montré, dans toute l'étendue de la moelle épinière, avec prédominance pour la région lombo-sacrée, une atrophie considérable, en nombre et en volume, au niveau des grandes cellules de la substance grise, avec lésions secondaires des racines antérieures, des nerfs périphériques et des muscles.

*Sur le rôle du cervelet dans les actes volitionnels nécessitant une succession rapide de mouvements.*

J. Babinski. — Je désire attirer l'attention de la Société sur un trouble de motilité qui n'a pas été décrit jusqu'à présent et qui consiste en ce que le sujet qui en est atteint, tout en pouvant exécuter avec la même rapidité qu'un individu normal des mouve-élémentaires, tels que, par exemple, le mouvement de pronation ou le mouvement de supination de la main, est incapable d'accomplir un acte volitionnel nécessitant une succession rapide de mouvements. Il ne sera pas en mesure, pour reprendre l'exemple précédent, de faire avec rapidité des mouvements successifs de pronation et de supination.

Voici plusieurs malades chez lesquels il existe incontestablement une lésion de l'appareil cérébelleux et qui présentent très nettement ce phénomène.

Ce trouble est donc la conséquence d'une lésion cérébelleuse. Il fait défaut dans les affections des autres parties du système nerveux; les tabétiques, en particulier, ne le présentent pas ; c'est donc là un signe qui peut contribuer à distinguer de l'ataxie tabétique ce désordre que l'on a désigné à tort, pour ne pas l'avoir suffisamment analysé, sous le nom d'ataxies cérébelleuses et que j'ai proposé déjà autrefois d'appeler asynergie.

Il résulte de mes observations cliniques qu'il existe une fonction spéciale appartenant à l'appareil cérébelleux, qui a pour objet dans les actes volitionnels d'arrêter brusquement les impulsions motrices et d'en imprimer de nouvelles aussitôt après ; ce n'est en effet qu'à ces conditions que les mouvements peuvent se succéder avec rapidité. La titubation cérébelleuse, les troubles de l'écriture, etc., sont dus en partie à la perturbation de cette fonction que l'on peut dénommer *diadococinésie*, néologisme tiré de deux mots grecs, dont l'un veut dire successif, l'autre mouvement.

F. Boissier.

---

## SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE

*Séance du mardi 21 octobre 1902.* — Présidence de M. Jules Voisin.

### *Névralgie ancienne du nerf radial guérie par l'hypnotisme.*

M. David (de Narbonne) rapporte le cas d'un jeune homme traité depuis deux ans, tantôt pour rhumatisme, tantôt pour une myélite et qui avait scrupuleusement suivi, pendant tout ce temps, sans aucun résultat, les traitements hydra-minéraux et médicamenteux les plus variés. Une seule séance de suggestion hypnotique a suffi pour le débarrasser d'une névralgie de l'avant-bras qu'accompagnait une impotence fonctionnelle presque complète.

### *Explication scientifique des phénomènes de l'hypnotisme.*

M. Wijnends Francken (de la Haye) expose et discute la conception de l'hypnotisme d'après Moll, Lehman, Durand de Gros, Preyer, Wundt, Goltz, Verworne, Lloyd Tuckey, Brown-Séquard, Heidenhain, Forel, Tooth, Pierre Janet, Bernheim, Delbœuf. Il insiste sur les souvenirs latents qui subsistent après le réveil et sur les opérations psychologiques qui s'accomplissent dans la subconscience.

### *Les modalités de la suggestibilité.*

M. Bérillon présente un malade, jadis agoraphobe, actuellement hypersuggestible, que l'on peut mettre très facilement dans un état cataleptoïde avec contractures. Il démontre à nouveau sur ce malade le phénomène de l'hyperexcitabilité musculaire.

M. Paul Magnin. — On a voulu rapporter à la seule suggestion tous ces phénomènes de catalepsie de contracture. De ce que la suggestion peut les produire, il n'en résulte pas qu'ils ne peuvent pas apparaître spontanément. En fait, on les observe dans des circonstances où aucune espèce de suggestion ne saurait être invoquée.

M. Jules Voisin. — Je partage tout à fait l'opinion de M. Magnin. Dans le cas actuel, il s'agit de catalepsie avec contractures diffuses. Quand on ouvre l'un des yeux, le bras au côté correspondant cesse d'être contracturé.

*Suggestion musicale et psychothérapie.*

M. Henry Lemesle apprécie les essais de musicothérapie de M. Petrucci à l'asile d'aliénés de Saint-James-sur-Loire. Il discute la valeur de la suggestion rythmique et de la suggestion tonale; il expose comment il convient de les varier et de les combiner dans les divers états mentaux, en particulier dans la mélancolie et la manie.

---

# BIBLIOGRAPHIE.

---

XII. *Rapport médical, compte moral et administratif de l'asile de la Charité (Nièvre), pour l'exercice 1901*, par M. le Dr Faucher, médecin-directeur.

En 1901, il y a eu 145 *admissions*, dont 23 d'aliénés du département de la Seine. Les sorties ont été de 261, dont 32 par guérison, 17 par amélioration. 2 évasions se sont produites en 1901, une en 1900 [1]. Il est survenu 81 décès, soit 8,98 p. 100, dont 9 de *tuberculose*. La population était de 757 le 1er janvier 1901 et de 760 à la fin de l'année. Dans les cinq dernières années, l'augmentation a été de 222 malades, y compris ceux de la Seine.

« Nous avons eu 4 épileptiques simples (au lieu de 10 en 1900 et en 1899), au nombre des nouveaux admis; quoique ces malades ne soient pas aliénés à proprement parler, ils sont néanmoins, comme nous le faisions observer dans notre rapport de l'an dernier, très souvent affaiblis intellectuellement, irritables et même sujets à des accès d'agitation. Nous avons dû précisément solliciter, pour une femme, son placement d'office comme aliénée véritable, car elle était au moment de ses crises hystéro-épileptiques, et quelquefois même dans l'intervalle, véritablement dangereuse. » C'est absolument l'opinion que nous soutenons depuis longtemps; tous les épileptiques, à un moment, sont des aliénés, tous peuvent d'un instant à l'autre, devenir dangereux.

[1] Il y a chaque année dans tous les asiles quelques évasions. Nous en trouvons 2 en 1901, à Quatremares, 1 à Blois, etc. Elles ne sont pas rares dans les asiles de la Seine, notamment à Ville-Evrard, à la colonie de Vaucluse, dans notre service de Bicêtre (10 en 1901).

Les nouveaux pensionnats ont été inaugurés en 1899. Nous avons pu constater dans la visite de l'asile que nous avons faite le 11 août les nombreuses fautes commises par l'architecte, qui ne paraît pas se douter des exigences particulières des asiles. Nous y reviendrons probablement.

Signalons les *tableaux*, en outre des tableaux ordinaires, sur l'état civil, les professions (on devrait mentionner les professions insalubres), l'hérédité, sur l'alcoolisme, etc. Ce dernier tableau qui va de 1895 à 1901 montre que la proportion des alcooliques qui était de 5,38 en 1895 s'est élevée à 27,11 en 1901. « Il nous révèle, dit M. Faucher, l'influence de l'alcoolisme dans l'éclosion de la folie et nous donne une idée du développement de l'alcoolisme lui-même dans le département, car la progression est manifeste d'une année à l'autre, au moins pour le sexe masculin. La proportion des buveurs par rapport au nombre total des admis (déduction faite des transférés et des épileptiques simples), 40,29 p. 100, est sensiblement la même que l'an dernier. Au contraire pour les malades du sexe féminin il y a une légère diminution. »

Avec la grande majorité des médecins, M. Faucher recommande le placement précoce : « Dans 24 cas, la maladie remontait à au moins six mois; c'est une condition favorable pour la guérison. Dans 23 cas la maladie mentale avait déjà plus de deux ans de durée au moment de l'admission; aussi peut-on prévoir que le plus grand nombre des aliénés de cette catégorie seront à peu près certainement incurables. Enfin, dans 11 cas, la maladie datait déjà de six mois à deux ans. L'internement précoce n'est sans doute pas une garantie de curabilité, mais c'est une chance de plus donnée à nos malheureux malades, trop souvent voués d'emblée à la chronicité par la nature même de leur affection. »

Il n'y a eu, en 1901, qu'un convoi d'aliénés de la Seine (18 H.). « Il ne comprenait que 4 paralytiques généraux et 2 idiots, encore les 4 paralytiques n'étaient-ils pas tous gâteux. Au point de vue de l'état général, les transférés de cette année sont donc dans de meilleures conditions que ceux qui nous avaient été envoyés lors des précédents convois. Il était bon de le signaler. » Il est donné à l'asile des *congés d'essai* d'une durée d'un à deux mois.

Quelques notes à relever dans le chapitre des *décès* : « 71 décès en 1900, 81 en 1901. Le pourcentage (902 malades) est de 10.76 et de 7,09 pour les femmes. La différence de la mortalité entre 1900 et 1901, tient aux décès par paralysie générale, particulièrement nombreux en 1901, à *la suite* du transfert de 54 hommes provenant des asiles de la Seine et qui eut lieu à la fin de 1900... Chaque année, nous avons à déplorer le décès de malades admis depuis quelques jours à peine et qui nous sont amenés dans un état de cachexie très prononcée. En 1901, nous avons perdu ainsi 10 malades (7 hommes et 3 femmes) qui étaient entrés depuis

moins d'un mois... En 1901, ce sont, comme en 1900, les paralytiques généraux (23), qui ont fourni le plus grand nombre des décès. En 1898, la paralysie générale ne venait qu'en quatrième rang; mais depuis l'arrivée des aliénés de la Seine, son importance va croissant au point de vue de la mortalité de l'asile... »

D'où il suit que les transferts des malades de la Seine perturbent les asiles de province, en les encombrant, en augmentant la mortalité, en diminuant la proportion vraie des guérisons, en un mot en font des *asiles anormaux*.

Parmi les *maladies incidentes*, nous voyons 5 cas de tuberculose pulmonaire.

Parlant de la lutte contre l'alcoolisme dans le chapitre du traitement, M. Faucher s'exprime ainsi : « Nous avons déjà parlé, dans nos rapports précédents, de la lutte entreprise de tous côtés contre l'alcoolisme. Les moyens actuellement les plus recommandés sont : la *suppression du privilège des bouilleurs de cru*, l'élévation des droits sur l'alcool, la limitation du nombre des débits, la fixation des heures d'ouverture de ces débits, l'interdiction de la vente de spiritueux dans les casernes, édifices publics, ateliers de chemins de fer, etc.; l'internement des buveurs d'habitude, même ne présentant pas de troubles mentaux, l'assimilation de l'ivrognerie à l'inconduite, pouvant entraîner par suite le divorce, l'incapacité civile et la déchéance paternelle; l'enseignement anti-alcoolique, déjà largement pratiqué dans les écoles, casernes, etc. Puis la formation de sociétés de tempérance, de ligues scolaires anti-alcooliques, etc. Il est évident que tous ces moyens sont de valeur inégale et d'application parfois difficile; nous préférons pour notre part, ceux qui s'adressent à la raison et au jugement du buveur, ou de celui qui pourra le devenir, mais ces moyens doivent être employés de bonne heure dès l'école ou la caserne, avant que l'habitude ne soit invétérée et n'ait dégénéré en passion. »

L'application rigoureuse de la loi sur l'*ivresse* (contre l'ivrogne et le marchand), des lois et règlements sur les *falsifications alimentaires* contribueraient à diminuer l'ivrognerie et à faire disparaître un grand nombre de cabarets, foyers d'abrutissement, d'exploitation et quelquefois de vols. Telle est l'opinion que nous soutenons depuis bien des années.

En 1901, il a été administré 2 833 bains et 861 douches dans les services des hommes; chez les femmes, il a été donné 3,048 bains et 1,008 douches. M. Faucher pense que « le traitement hydrothérapique n'a pas la valeur qu'on lui attribuait jadis. » Nous différons sur ce point avec notre distingué collègue. L'hydrothérapie, bien appliquée avec des appareils convenables, réalisant les règles de l'hydrothérapie scientifique, constitue l'un des meilleurs agents thérapeutiques contre les maladies nerveuses et mentales. (Voir nos *Comptes rendus de Bicêtre*, de 1880 à 1901).

L'asile de la Charité fabrique son pain. « Le prix du pain de deuxième qualité, d'après la taxe municipale de la ville de la Charité, a été pendant l'année, en moyenne de 0,2627 le kilogramme, soit un chiffre supérieur de 0,0474 fr. à celui de l'asile. Cette différence multipliée par le nombre de kilogs de pain fabriqué (203,623 donne pour l'année un bénéfice de 9 651 fr. 73. Nous croyons que l'Administration supérieure ferait bien de signaler aux préfets les avantages de la fabrication du pain par les asiles. B.

XIII. *De la démence précoce chez les jeunes gens*; par le Dr Meeus, médecin à la colonie de Gheel.

Sur 384 aliénés, dont 200 hommes et 184 femmes, composant au 1er septembre 1901 l'effectif de la section confiée aux soins du Dr Meeus, 40, dont 24 hommes et 16 femmes, étaient atteints de démence précoce; cette proportion élevée classe la démence précoce parmi les affections fréquentes.

Sur ces 40 malades, le diagnostic de démence précoce n'avait été posé qu'une seule fois au moment de leur entrée, ce qui montre, d'une part, que la démence précoce est loin d'être considérée comme une entité spéciale, et d'autre part qu'au premier stade de la maladie, les états émotionnels pathologiques et les formes délirantes occupent le premier plan, si bien que ce n'est que plus tard, au stade d'état, que la maladie se caractérise par des symptômes précis.

Utilisant ces 40 observations personnelles, l'auteur fait une étude clinique des plus intéressantes de la démence précoce, passant en revue successivement : 1° les symptômes du début, constatés par l'entourage immédiat du malade, symptômes extrêmement variables; 2° les symptômes d'augment, existant au moment du placement, manifestations hallucinatoires et délirantes, troubles de l'état émotionnel (mélancolie, manie, stupeur); 3° enfin les symptômes d'état durant la vie entière, à savoir l'affaiblissement intellectuel rapide, les symptômes psychiques et les symptômes moteurs, ces derniers constituant dans leur ensemble un syndrôme particulier appelé catatonique et pouvant se distinguer en : *a*) besoin de mouvement (actes sans but, mouvements choréiformes ou épileptiformes de Kahlbaum; *b*) impulsion aux mouvements; *c*) mouvements et attitudes stéréotypés (mouvements automatiques, verbigération, écholalie, attitudes singulières, etc.); *d*) trouble de l'activité volontaire.

Sur les 40 déments précoces, dont les observations sont relatées, aucun n'a guéri, ni ne montre une tendance à la guérison. Six d'entre eux, sans anomalies dans l'état émotionnel, sont des cas plutôt légers qui correspondraient ainsi au type hébéphrénique de Kraepelin. Les 34 autres sont des formes graves où l'auteur dis-

tingue une variété torpide et une variété agitée, formes graves qui correspondraient ainsi à la forme catatonique de Kraepelin.

Contre Kraepelin qui maintient les deux formes morbides hébéphrénique et catatonique, fait intervenir un état émotionnel dans la conception de la catatonie, M. Meeus se range plutôt du côté d'Aschaffenburg qui prétend qu'entre toutes ces formes, les plus légères et les plus graves, n'existent que des degrés d'une même maladie. Il fusionne l'hébéphrénie et la catatonie avec la conception de démence précoce qui est une affection se développant généralement dans le jeune âge, conduisant, à travers toutes sortes de circonstances, ou bien immédiatement, ou bien après des rémissions plus ou moins sensibles, à un état caractéristique et tout à fait spécial d'affaiblissement intellectuel définitif. E. Blin.

---

# VARIA.

---

## Les aliénés en liberté.

*La folie d'un ancien magistrat.* — Des agents ont arrêté, la nuit dernière, boulevard Péreire, un individu qui, en chemise et armé d'un revolver, courait à toutes jambes. C'est un nommé Louis M..., demeurant rue des Fermiers, 19. Il avait déchargé cinq balles de revolver dans l'escalier de sa maison, contre des ennemis imaginaires et avait pris la fuite dans la rue. M. M... est âgé de quarante-deux ans et a passé une moitié de sa vie aux colonies, dans la magistrature. C'est là qu'il a contracté les germes de sa folie actuelle. (*Le Journal*, du 9 octobre 1902).

*Sanglante tragédie.* — De Grasse, au *Petit Parisien :* Une sanglante tragédie a semé hier l'épouvante dans la petite commune de Gars, située à soixante-trois kilomètres de Grasse.

Un cordonnier de cette localité, qui comprend à peine deux cents habitants, Baptiste Guérin, âgé de quarante-deux ans, donnait, *depuis quelque temps*, des signes d'aliénation mentale. Or, hier, dans l'après-midi, pour un motif des plus futiles, il fut pris d'un accès de folie furieuse au cours duquel il sortit armé d'une hache et fonça sur toutes les personnes qu'il trouva sur son passage.

C'est ainsi que cinq de ses compatriotes furent victimes de la fureur de ce forcené. Trois d'entre eux, qui n'avaient pu parer les terribles coups de hache que Guérin leur portait, ont été très grièvement atteints et on craint que les malheureux ne survivent à leurs blessures.

On juge de la panique qui s'empara des habitants; chacun ver-

rouilla solidement sa porte, et, en l'espace de quelques secondes, les rues du petit village furent complètement désertes.

Cependant, un groupe d'hommes courageux s'était formé sous la conduite du maire, M. Delerba, qui, par précaution, s'était armé d'un fusil. Une chasse à l'homme fut organisée et, bientôt après, Guérin, qui brandissait toujours sa hache, était cerné par ses compatriotes. A cette vue, le forcené leva son arme et se précipita sur le groupe. Un nouveau malheur allait se produire, quand une détonation se fit entendre, et Guérin s'abattit comme une masse, foudroyé d'un coup de fusil que le maire venait de tirer sur lui. C'est là un assassinat que le maire aurait pu éviter.

*Cinq enfants étranglés.* — Drame de la folie.— Un maître d'école hollandais. — Suicide du meurtrier. — GRONINGUE, 27 septembre. — A Veendam, dans la province de Groningue, le maître d'école, nommé Lemke, ayant été pris d'un accès de folie furieuse, a étranglé cinq élèves et en a grièvement blessé sept autres. Après avoir accompli cet horrible acte, Lemke a couru vers l'étang qui se trouve au milieu du village et s'y est noyé. (*Le Journal*, du 28 septembre 1902.)

### ALCOOLISME DE L'ENFANCE.

*Pour la boisson.* — Ferdinand Heutte, quatorze ans, est un gamin qui a le gosier en pente. Etant en service chez le sieur Cailloué, cultivateur à Cerqueux, le jeune Ferdinand était souvent fort éméché. Son patron se demandait où il allait boire, lorsqu'il découvrit le débit où il s'approvisionnait. Ferdinand Heutte attachait a une ficelle une bouteille à eau de Cologne et l'introduisait, par la bonde, dans un fût d'eau-de-vie que son maître conservait pour ses vieux jours. En raison de son jeune âge, ce petit amateur de calvados a été acquitté et remis à sa sœur qu'il avait, au début de l'instruction, cependant accusée de lui avoir indiqué le truc de tirer de l'eau-de-vie sans clef à une barrique. (Le *Bonhomme Normand*, 17 au 23 octobre 1902.)

### ALCOOLISME.

*Une mère indigne.* — Les passants qui se trouvaient, hier, place de la Bourse, vers huit heures du soir, étaient révoltés par un fait dont ils étaient témoins.

Une femme d'une quarantaine d'années arpentait le trottoir, titubante, *ivre*. . Elle tenait à la main un garçonnet de six ans à peine, qui, lui aussi, *était dans un état d'ivresse avancée*. Et la mère chantait, battait le pauvre petit, qui chantait et criait à tue-tête.

Des agents arrivèrent pour empêcher ce scandale. La mère fut conduite au commissariat de M. Labat, où on apprit que celle-ci, une idée d'ivrogne lui passant par la cervelle, avait forcé le pauvre enfant à boire *deux grands verres d'absinthe* !

La garde de l'enfant va être retirée à cette mère indigne. Quant au cafetier qui a laissé s'accomplir ce forfait, il sera poursuivi pour infraction à la loi contre l'ivresse. (*Echo de Paris*, 2 août.) — Nous avons déjà cité des faits concernant des parents faisant boire de l'*absinthe* à un enfant à la mamelle, du *vin* en abondance à un enfant de deux ou trois ans. *Il faut appliquer rigoureusement la loi sur l'ivresse.*

---

# FAITS DIVERS.

---

Asile d'Aliénés. — *Mouvement d'octobre.* — M. le Dr Chaussinaud, directeur-médecin à l'asile d'aliénés de Saint-Dizier (Haute-Marne), promu à la classe exceptionnelle du cadre. — M. le Dr Truelle, médecin-adjoint à Dun-sur-Auron, promu à la 1re classe du cadre. — M. le Dr Brunet, médecin-adjoint à l'asile de Moulins, promu à la 1re classe du cadre. — M. le Dr Pochon, médecin-adjoint à l'asile de Lesvellec, promu à la 1re classe du cadre.

Nécrologie. — *The Journ. of ment. Science* d'octobre annonce la mort du Dr G. Mickley, ancien médecin en chef de St.-Luke's Hospital. — M. le Dr Jean-Louis Rousselin est mort à Elbeuf le 19 octobre dernier dans sa 80e année. Il était né à Fresnes-l'Archevêque (Eure), le 24 mars 1823. Après avoir été interne à l'asile de Saint-Yon et à la maison de Charenton, il passa sa thèse de doctorat : *Sur la double influence des crises et du traitement dans la guérison de la folie.* Après avoir été médecin du quartier d'aliénés de Poitiers (1851), il devint médecin de l'asile de Blois (1853), puis médecin-adjoint de la maison de Charenton (1854). En 1866, il succéda à Parchappe comme inspecteur général. En 1872 il fut nommé médecin en chef de la maison de Charenton ; en 1873 médecin en chef de l'Asile de Saint-Yon. Il fut mis à la retraite en 1882. Quelques années plus tard, à la suite d'événements malheureux, il accepta le poste de médecin de l'asile de Leymes (Lot). Il a publié un certain nombre de mémoires dans les *Annales Médico-Psychologiques.*

Préjugé et idiotie. — D'un article sur les accouchements à Madagascar, nous extrayons le passage suivant : « Quand le cordon desséché tombe, on l'enveloppe dans des herbes vertes que l'on donne ensuite à manger au bœuf. L'intérêt de cette coutume est d'éloigner cette parcelle de l'enfant des esprits qui flottent dans l'air, car s'il s'égarait, l'enfant deviendrait *idiot* ; si, au contraire, le bœuf le mange, l'enfant deviendra riche et possédera beaucoup de bœufs. »

Un assassin de quinze ans. — Le 28 octobre, un assassinat était découvert au Raffoux, commune de Saint-Flovier (Indre-et-Loire), sur la personne d'une fermière nommée Mme Hérault, dont le cadavre avait été retiré, couvert de terribles blessures, d'un puits. Les premières recherches entreprises pour la découverte du coupable étaient demeurées vaines. Mais le jeune domestique des époux Hérault, le nommé Vanoy, âgé de quinze ans, qui, le jour du crime, était resté seul à la ferme avec Mme Hérault et qui prétendait n'avoir pas retrouvé sa maîtresse au logis lorsqu'il était, à la nuit tombante, rentré du pâturage avec ses bestiaux, a fait au parquet des réponses si bizarrement contradictoires que les soupçons des magistrats se sont portés sur lui. Il a prétendu avoir vu l'assassin jeter Mme Hérault dans le puits, ajoutant que s'il n'a pas parlé plus tôt c'est qu'il craignait la vengeance de ce dernier. Puis enfin il a reconnu être lui-même l'auteur du crime et avoir caché l'argent volé — cent francs —, dans un endroit qu'il a désigné. (*Le Petit Bleu*, 3 novembre 1902).

---

**AVIS A NOS ABONNÉS.** — *L'échéance du* 1er *JANVIER étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs dont l'abonnement cesse à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de* 3 *p.* 100 *prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

*Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur* **sera présentée, augmentée des frais de recouvrement,** *à partir du* **15 Janvier.** *Nous les engageons donc à nous envoyer DE SUITE leur renouvellement par un mandat-poste.*

*Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.*

— *Nous rappelons à nos lecteurs que l'abonnement collectif des* **Archives de Neurologie** *et du* **Progrès Médical** *est réduit à* **28 francs** *pour la France et* **30 francs** *pour l'Étranger.*

*Le rédacteur-gérant :* Bourneville.

# TABLE DES MATIÈRES


ACROMÉGALIE et dégénérescence mentale, par Farnarier, 429.
AFFECTIONS CARDIAQUES. Voir *troubles mentaux*.
AGENÉSIE. Voir *spina bifida*.
AIMANT. Voir *sensibilité*.
ALCOOLIQUES. Les — récidivistes, par Legrain et Guiard, 344.
ALCOOLISME de l'enfance, 79. Fureur alcoolique, 187, 188. Mère alcoolique et meurtrière, 188. Drames de l' —, 285. — Voir *Paralysie*.
ALIÉNÉS. Les — en liberté, 74, 324, 397, 398, 462. Asiles d' —, 77. Quartier d' — de Gaillon, 77. Le directeur de l'asile des — de Tournai blessé par un fou, 78. — Voir *Paralysie générale*. — Essai à l'asile de Pau du traitement des — par le repos au lit, par Clausalles, 185. — en liberté, 190. Asile d' —. Mouvement de juin. 191. Dans un asile d' —, 191. Les — en liberté, 283. Les — dans les familles, 286. Asiles d' —. Nominations et promotions, 287. Asile d' — d'Alençon. Avis, 287. Désencombrement d'un asile d' — français, par Doutrebente, 337. Les — convalescents, par Larrivé, 338. Les ongles chez les —, par Pierret, 380. Le séjour au lit des —, son emploi et son rôle thérapeutique, par Ossipow, 441. Le traitement des aliénés par le repos au lit, par Wizel, 445. Quelques points sur le traitement des chroniques, par Simpsons, 446. Asile d' — de Navarre, 448. Asile d' — : Distractions auv malades, 461. Asiles d' — de la Seine, 463. — automutilateurs, par Poirson, 481. — Voir *Névrite*.
ALTÉRATIONS PATHOLOGIQUES. Voir *Démence*.
AMYOTROPHIE double du type scapulo-huméral consécutive à un traumatisme unilatéral extra-articulaire, par Guillain, 429.
ANALGÉSIE. Voir *Hyperacuité*. Note pour servir à l'étude des — tabétiques. Insensibilité des globes oculaires à la pression, par Abadie et Rocher, 434.
ANESTHÉSIE des nerfs sensitifs et moteurs, par Joteyko et Stéfanowska, 143. Analyse des mouvements et de la sensibilité dans l' — par l'éther, par Joteyko et Stéfanowska, 144. — segmentaire. Voir *Syringomyélie*.
ANÉVRISME. Un cas d' — sacciforme double intra-crânien, par Shaw, 504.
ANTIPYRINE. Note sur l'action excitante de l' —, par Féré, 445.
ANXIÉTÉ. L' — impulsive au point de vue médico-légal, par Garnier, 335.
APHASIES. Contribution à l'étude clinique des —, par Van Gehuchten, 159.
APOPLEXIE CÉRÉBELLEUSE avec autopsie, par Léonard Weber, 55.
ARBRE GÉNÉALOGIQUE démonstratif de la folie et du suicide, par Wood et Urquhart, 157.
ARGYLL ROBERTSON. Sur le signe pupillaire d' —, par Cestan et Dupuy-Dutemps, 391.
ARME A FEU. Voir *Pointe osseuse*.
ASSISTANCE DES IDIOTS. Un imbécile incendiaire, 302. — et éducation des enfants anormaux. par Doutrebente, 340.
ASYNERGIE CÉRÉBELLEUSE, par Babinski, 435.
ATROPHIE du cervelet, voir *Histologie*. Du processus histologique de l' — musculaire, par Durante, 388. — musculaires progressives d'origine myélopathique, par Etienne, 428. — musculaire et poliomyélite, par Raymond et Philippe, 537.
AUTO-ACCUSATEURS. Les — au point de vue médico-légal, par Dupré, 345.
AUTO-INTOXICATION. Voir *Délire*.
AUTOMATISME postparoxystique pas-

sager, remplaçant le sommeil postépileptique, ou équivalent psychique du sommeil postépileptique, par Hermann, 497.

Babinski. Voir *Réflexe*. — Voir *Gros orteil*.

Bell. A propos du signe de — dans la paralysie faciale périphérique, par Bouchaud, 143.

Bromure de camphre. Voir *Épilepsie vertigineuse*.

Brown-Séquard. Syndrome de — avec début d'amyotrophie Aran-Duchenne et troubles pupillaires au cours d'une méningo-myélite syphilitique, par Scherb. 439.

Bacillus fluorescens putridus et diarrhée verte chez les aliénés, par Bodin et Dide, 343.

Canal épendymaire embryonnaire. Note sur le mode d'oblitération partielle du — chez les mammifères, par Bonne, 502.

Cancer vertébrale, par Raymond. 142. Contribution à l'étude des localisations cancéreuses sur le système nerveux périphérique, par Oberthur et Mousseaux. 358.

Capsules surrénales. Sur l'emploi de l'extrait de — dans le traitement des maladies mentales, par Dawson, 440.

Caractère. Le —, par Malapert, 543.

Catatonie. Remarques sur la —, par Masoin, 150. Sur un cas de —, par Cuylitz, 520.

Cellule nerveuse. Etudes sur l'évolution et l'involution de la —, par Marinesco, 500.

Centres nerveux. Anatomie clinique des —, par Grasset, 185. Contribution à l'étude du gliome des —, par Oberthur, 361.

Céphalo-rachidien. Le liquide —, par Sicard, 455.

Cerveau. La conductibilité des os du crâne à l'égard des sons dans les affections du — et de ses membranes, par Vanner et Gudden, 149.

Cervelet. Sur les actes du — dans les actes volitionnels nécessitant une succession rapide de mouvements, par Jabinski, 537.

Chorée de Sydenham. Voir *Tics*. Voir *Folie*.

Cinquantenaire de la Société médico-psychologique. Séance solennelle, 169.

Cœur. Voir *Démens*.

Concours pour l'emploi de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés, 71.

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. session de Limoges, 69. Circulaire ministérielle à MM. les préfets à propos du — de Grenoble, 124. XII^e — des médecins neurologistes et aliénistes de France, tenu à Grenoble du 1^er au 7 août 1902, 241, 325. — international de l'assistance des aliénés et spécialement de leur assistance familiale, 281. — international d'assistance aux aliénés, 460.

Contraction. Voir *Westphal*.

Cone terminal. Syndrome du —, par Raymond et Cestan, 179. Voir *Queue de cheval*.

Cordons postérieurs. Voir *Fibres*.

Cortex cérébral. Localisations motrices du, par Scherrington et Grunbaum, 505.

Cotard. Voir *Délire*.

Couleurs. Voir *Sens*.

Crime. Le — d'une folle, 463.

Crucifiement. De l'attitude du —, 399.

Dagonet. Voir *Nécrologie*.

Dégénérescence corticale. La topographie de la — des paralytiques généraux et ses relations avec les centres d'association de Flechsig, par K. Schaffer, 57. — mentale. Voir *Acromégalie*. —. Voir *Prostitution*.

Déglutition. Voir *Tics*.

Délire. Note sur un cas de — épileptique par A. Petit, 121. — et insuffisance hépatique, par Vigouroux et Juquelier, 173. — Voir *Obsessions*. Le — des négations de Cotard n'est-il qu'un syndrome, par Castin, 386. — vésanique. Voir *Idées délirantes*. Auto-intoxication et — par Séglas, 516. Essai sur la pathogénie du — de la paralysie générale, par Lalande, 517.

Démence. Altérations pathologiques dans la —, par J. Shaw Botron, 54. Signes physiques de — précoce, par Masselon et Sérieux,

174. — épileptique précoce, par J. Voisin, 175. De la mort subite par rupture du cœur chez les déments, par Pichenot, 390. De la — précoce des jeunes gens. Contribution à l'étude de l'hébéphrénie, par Christian, 518. De la — précoce chez les jeunes gens, par Méeus, 542.

Démonomane de Grèzes, 79.

Dépression kératique et états encéphalopathiques graves par Pailhas, 207.

Désintoxication. Cure de —, par Bonnet, 380.

Désordres psychiques. Considérations sur le siège topographique des —, par Kirchhoff, 499.

Eclairage. Votr *Inégalités pupillaires*.

Ecorce cérébrale. Voir *Pie-mère*. Voir *Histologie*. Contribution à l'étude de l'état et du développement des cellules nerveuses de l' — chez quelques vertébrés nouveaux-nés, par Soukhanoff, 438.

Enfants retardataires. Voir *Enfance* et voir *Alcoolisme*. Les —, par Apert, 67. — assassins, 78. Bestialité d'un —, 78. Introduction à l'étude psychologique des — arriérés, par Noyes, 506.

Epilepsie vertigineuse. Nouvelle contribution à l'étude de l' — et à son traitement par le bromure de camphre, par Bourneville et Ambard, 1. De la présence d'un parasite dans le sang des épileptiques, par Bra, 51. Nécessité de l'hospitalisation des épileptiques, 75. Un cas de délire épileptique, par Petit, 121. — Voir *Tumeur cérébelleuse*. Contribution à la pathogénie de l' —, par Rychowsky, 162. —. Voir *Sang humain*. —. Voir *Idiotie*. La pathogénie de l' —, par M. Faure, 378. Traitement de l' — par la sympathectomie, par Jaboulay et Lannois. De l' — consciente et amnésique, par Minier, 517. De l' —, par Broadbent, 530.

Erb. Syndrome d' —, par de Buck, 160.

Etats anxieux. Voir *Maladies mentales*.

Excitation électrique. Voir *Moelle*.

Faisceau pyramidal. Hypertrophie du —; par Mme Déjerine, 177. La destruction du — à l'entrecroisement, par Rothmann, 193.

Fascia lata. Voir *Reflexe*.

Fausse grossesse. Voir *Paralysie générale*.

Fibres des cordons postérieurs qui vont au cervelet et de leur importance physiologique et pathologique, par Schuts-Cherback, 494.

Flechsig. Voir *Dégénérescence corticale*.

Folie chez les jumeaux : deux jumelles atteintes de mélancolie aiguë, par Wilcox, 153. Voir *Arbre généalogique*. Voir *Maladies mentales* — du vieillard, 190. Contribution à l'étude de la — communiquée et simultanée, par Guiard et de Clérambault, 289. Traumatisme et —, par Marie et Piqué, 329. Un fou dangereux, 399. — communiquée et simultanée, par Guiard et Clérambault, 407, Traitement moderne de la —, par Seymour Tuke, 443. — consécutive à l'influenza à l'asile de Cumberland, par Rorie, 510. — Voir *Spiritisme*. Note sur deux cas de — consécutive à la chorée, par Rothsay, 522.

Fracture du crâne. — Voir *Pointe osseuse*. — spontanée, par Herbert Spicer, 148.

Géants. — Le mariage entre —, par Meige, 391. Gigantisme et infantilisme, par Launoy et Roy, 532.

Gliome du cerveau, par Erskine, 147.

Globes oculaires. Voir *Analgésie*,

Goitre exophtalmique. Le traitement du —, par Libotte, 443.

Golgi. Méthode de — par W. Ford Robertson et James Macdonald, 55.

Grève. Une grève d'aveugles, 464.

Gros orteil. Extension durable ou prolongé du — associé au signe de Babinski, par Pailhas, 379.

Hallucinations. Les données anatomiques et expérimentales sur la structure des —, par Vaschide et Vurpas, 141. Contributions expérimentales à la physiologie des —, par Vaschide et Vurpas, 503. Les — unilatérales, leur fréquence

relative, leur association, leur pathologie, par Robertson, 532.
Hébéphrénie. Voir *Démence*.
Hémianopsie hystérique transitoire, par Janet, 429.
Hémiatrophie faciale progressive. Contribution à la connaissance de l' —, par Hoffmann, 163.
Hémichorée arythmique hystérique, par Carrière et Huyghes, 432.
Hémihypertrophie congénitale, par Gilbert Ballet, 176.
Hémiplégie des vieillards, par J. Ferrand, 66. L'activité locale de la circulation cutanée de la main dans l' — organique et le syndrome de Raynaud, par Laignel-Lavastine, 385. Des agents physiques et mécaniques et mécaniques dans le traitement des — organiques, par Deschamps, 388.
Hérédité. Théories sur l' —, par Reid, 505.
Herpès zoster, suivi d'atrophie musculaire, par Wilhelm Magnus, 427.
Histologie. Les lésions histologiques de l'écorce dans les atrophies du cervelet, par Lannois et Paviot, 357. — Etude histologique de l'écorce cérébrale dans 18 cas méningite par MM. Faure et de Laignel-Lavastine, 384.
Hypéracuité sensorielle et analgésie chez les nègres soudanais, par Damuglon, 278.
Hypnose Appareil vibrateur destiné à favoriser l' — par Bérillon, 278. Recherches sur la tension artérielle chez les hypnotisés, par Bérillon, 279.
Hypnotisme. — Névralgie ancienne du nerf radial guérie par l' —, par David, 538. Explication scientifique des phénomènes de l'—, par Francken, 538.
Hystérie de Sainte-Thérèse, par Rouby, 124, 227, 313. Dissociation hystérique du sens de la température avec intervention de la sensibilité au froid, par Mac Caskey. 160. — Voir *Sein*. Considération sur l' —, par Joire, 280. La cause des phénomènes hystériques, par Delius, 280. Les troubles somatiques et psychiques de l' —, par Sesdorpf, 280. Note sur l' — droite et sur l' — gauche, par Raymond et Janet, 434.
Hystéro-épilepsie datant de trois ans, guérie en une seule séance, par Le Menant des Chesnais, 279.

Idées délirantes. Contribution à l'étude de la pathogénie des — fondamentales, des idées directrices et des obsessions ; de leurs rapports dans les délires vésaniques, par A. Paris, 401.
Idiots. Hospitalisation des —, 74. Un enfant d' —, par Ley, 521.
Idiotie syphilitique, par Harris Liston, 151. Suites éloignées du traitement chirurgical de l' — — et de l'épilepsie, par Bourneville, 330. Contribution à l'étude de l' — morale et en particulier du mensonge comme symptôme de cette forme mentale, par Bourneville et Boyer, 418.
Images mentales. Sur les éléments de nos —, par J. Philippe, 165
Incendiaire. Un — de dix ans, 400.
Inégalités pupillaires produites par l'action différente de l'éclairage direct et de l'éclairage indirect, par Pick, 490.
Infantilisme. Voir *Gigantisme*.
Insuffisance hépatique. Voir *Délire*.

Juif aliéné. Le —, lettre ouverte au Dr Beadles, par Benedik, 154.

Korsakoff (de). Contribution à l'étude de la maladie de —. Un cas de psychose polynévritique post-typhoïdique, par Soukhanoff. 150.
Kyste dermoïde du cerveau, par J. Halva, 62.

Larmes. Voir *Mystiques*.
Lésions cellulaires corticales. Voir *Troubles mentaux*.
Leucomaines. Les — de la substance nerveuse, par Labatut, 392.
Lobe frontal. Ramollissement bilatéral et symétrique du —, accompagné de névrite optique, 60.

Main de prédicateur. Voir *Syringomyélie*.
Maladies mentales, introduction à l'étude de la folie, par Mac Pherson, 186. Des états anxieux dans les —, par Lalanne, 249. — mentales. Voir *Capsules surrénales*. — nerveuses. Voir *Réflexe*. Quel-

ques remarques sur nos méthodes actuelles d'investigation appliquées à la pathologie des — mentales. par Leeper, 504.
MARTEAU automatique et gradué, par Maurice Dupont, 65.
MASSAGE chez les tabétiques, par Faure et Courtensoux, 377.
MÉLANCOLIE aigüe. Voir *Folie*. Trois cas de — avec symptômes d'un intérêt clinique peu ordinaire, par Leeper, 153. La localisation cérébrale de la —, par Hollander, 498. Le substratum de la —, par Turner, 532.
MÉNINGITE. Reproduction expérimentale de la — et de la paraplégie pottique, au moyen de poisons tuberculeux, par A. Delille, 180. Voir *Histologie*. La — cérébro-spinale épidémique, par Sikora, 433. — tuberculeuse du bulbe avec rémission de deux ans, simulant la guérison, par Cruchet, 535. — cérébro-spinale à forme de syndrome de Little et de pseudobulbaire, par Huet et Sicard, 536.
MENSONGE. Voir *Idiotie*.
MEURTRIER. Un — de quatorze ans, 399.
MIMIQUE FACIALE. De l'asymétrie de la — d'origine optique en pathologie nerveuse, par Lannois et Pautet, 506.
MIRACLES. Etudes sur les — de la Salette. par Rouby, 380.
MOELLE. Diagnostic des maladies de la —, siège des lésions, par Grasset, 68. Essais d'excitation électrique de la — des décapités, par Hoche, 491. La circulation de la — épinière, par Guillain, 501.
MONSTRE. Un — de neuf ans, 78.
MORT SUBITE. Voir *Déments*.
MYÉLITE conjugale. Deux cas de — par Glorieux, 157.
MYOPATHIE. Facies de Sphinx dans la —, par Gilbert Ballet et Delherm, 64.
MYSTIQUES. Hypersecrétion des larmes chez les —, 397.

NÉCROLOGIE, 77, 180, 449.
NÉGRES SOUDANAIS. Voir *Hyperacuité*,
NERFS sensitifs et moteurs. Voir *Anesthésie*. Lésion traumatique des — de la queue de cheval et du cône terminal par Souques, 433 —. radial. Voir *hypnotisme*.
NEURASTHÉNIE et états neurasthéniques, par Ducosté, 381.
NÉVRITE optique; Voir *Lobe frontal*. — hypertrophique; Préparation d'un cas de —, par Déjerine et Thomas, 64. Un cas de — radiculaire double du plexus brachial avec paralysie unilatérale complète de la troisième paire simulant une pachyméningite cervicale hypertrophique, par Heldenberg, 158. Sur les — périphériques des aliénés par Anglade, 517.
NÉVROSE dans la région du plexus cervical et brachial, consécutive à une dent malade, par Hesse, 426. — d'angoisse, par Hartemberg, 530.
NOYAU ROUGE. Sur un cas de papillome épithélioïde du noyau rouge. Contribution à l'étude des fonctions du —, par Raymond et Cestan. 81.
NYSTAGMUS. Voir *tremblements infantiles*.

OBSESSIONS. Note sur l'évolution des — et leur passage au délire; par Séglas, 336, Les — et la psychasténie. par Janet, 386. — Voir *Idées délirantes*. Des — en pathologie mentale, par Athanassio, 465.
ŒDÈME hystérique, par Dufour, 176.
ŒIL. Voir *paralysie générale*,
ONGLES. Voir *aliénés*.

PACHYMÉNINGITE cervicale hypertrophique. Voir *névrite*.
PAPILLOME ÉPITHÉLIOÏDE. Voir *noyau rouge*.
PARALYSIE faciale périphérique. Voir *Bell*, La décroissance de la — générale des aliénés en Angleterre et dans le pays de Galles, par Stewart, 153. Les — post-anesthésiques, par Buck, 158. Voir *Névrite*. — labio-glosso-laryngée, par Sano, 160. Les — laryngées et leur importance en médecine générale, par Steitsmann. 164. — générale à forme sensorielle, par Sérieux, 167. — radiculaire traumatique du plexus brachial avec atrophies osseuses et troubles de la pression artérielle dans le membre paralysé, par Guillain et Crouzon, 177. La — générale d'après

les données de la clinique psychiatrique de l'Université de Moscou ; par Soukhanoff et Gannouchkine, 193. Cas de — générale et d'alcoolisme, par Truelle et Petit, 303. De l'utilité de la ponction lombaire pour le diagnostic de la — générale, par Joffroy et Mercier, 331. L'état du fond de l'œil dans — générale et ses lésions initiales, par Keraval et Raviart, 356. Observation de deux frères atteints de — générale, appartenant à une famille de dégénérés, par Joffroy et Rabaud, 369 La — générale au début devant les magistrats, par Maxwell, 374. Traitement de la — générale, par Devay, 383. Fausse grossesse dans la — générale, par Dupré, 383. — générale précoce chez un débile hérédo-syphilitique, par Dupré et Pagniez, 384. De la — générale chez les dégénérés, par de Perry, 387. De la — bilatérale du nerf facial par Liewkowsky, 425. Contribution à l'étude de la — isolée du muscle grand dentelé, par Souques et Castaigne, 427. Un cas de — faciale d'origine périphérique combinée avec une paralysie du nerf oculo-moteur externe du même côté; par Lad. Haskover, 438. — générale et syphilis : revue critique ; par Stoddart, 512. Le prurit et la trichotillomanie dans la — générale ; par Féré, 514. — générale. Voir *Délire*, 517. — Voir *Troubles de la sensibilité*.— générale. Voir *Troubles moteurs*. — psychique, par Hauser et Lostat Jacob, 531. L'action toxique dans la genèse de la — générale, par Robertson, 532. Un cas de — radiculaire, par Déjerine et Armand Delille, 534. — pseudobulbaire chez un jeune homme de vingt-huit ans. Signe des orteils par Dufour, 535.

**Paramyoclonus multiplex.** Deux cas de —, par Hartenberg, 392.

**Paraplégie** politique. Voir *Méningite*. Un cas de — guéri par la suggestion, par Stembo, 280. Contribution à l'étude des — obstétricales, par Ballet et Bernard, 435.

**Parasite.** Voir *Sang*.

**Pathologie mentale.** Étude de —, par Ireland, 525.

**Personnalité multiple.** Un cas de —, par Gilbert, 522.

**Phtisie** et folie par Drapes, 522.

**Pie-mère.** Sur l'innervation des vaisseaux de la — et de l'écorce cérébrale, par Obregia, 371.

**Plaie** de la région parotidienne avec troubles dans le territoire de la branche externe du spinal, par Batigne, 438

**Platine.** Voir *Golgi*.

**Plexus brachial.** Voir *Névrite*.

**Pointe osseuse,** provenant d'une fracture du crâne par coup de feu, par D. S. Lamb. 57.

**Poliomyélite.** Voir *Atrophie musculaire*.

**Polynévrite** avec psychose, par Crocq, 521.

**Prostitution** et dégénérescence, par Laurent, 519.

**Protubérance.** Un cas de tubercule de la protubérance, par Levaditi 439.

**Prurit.** Voir *Paralytiques généraux*.

**Pseudo-coxalgie** suggéré par le milieu familial, par Farez. 279.

**Psychose polynévritique.** Voir *Korsakoff*.

**Psychothérapie.** — Voir *Suggestion*.

**Rapport médical** sur l'asile public de Saint-Robert, par Bonnet, 395. — et compte moral et administratif de l'asile de Blois pour 1901 ; par Doutrebente, 456. — sur l'asile d'aliénés de Saint-Yon, pour 1901, par Giraud, Trenel et Hamel, 458. — sur l'asile public d'aliénés de Quatre-Mares pour l'année 1904, par Lallemant, Thibaud, 459. —, moral et administratif de l'asile de la Charité pour l'exercice 1901, par Faucher. 539.

**Raynaud.** Syndrome de —. Voir *hémiplégie*.

**Réflexe** du fascia lata, par Crocq, 142 — cutané du pied. par Sano. 144 — plantaire cortical et réflexe plantaire médullaire ; par Crocq. 145. Voir *Westphall*. Identité probable du — antagoniste de Schœfer et du phénomène de Babinski ; par de Buck et de Moor, 146. Le mécanisme des — et du tonus musculaire, par Crocq, 372. De la

valeur du reflexe scapulo-huméral, par Bechterew, 490. De l'épuisement des — tendineux et de sa valeur diagnostic dans les maladies nerveuses, par Bechterew, 497. — plantaire contra-latéral, par Fartron, 502.
Rêve pathologique. Etudes cliniques sur le —; par Pick, 514.
Rolando. Quelques anomalies du sillon de —, par Antonowsky, 496.

Sainte Thérèse. Voir *Hystérie*.
Sang. De la présence d'un parasite dans le — des épileptiques, par Bra, 51. — humain contre l'épilepsie, 189.
Sarcome intra-musculaire de l'épaule droite, ayant pénétré par perforation dans le canal rachidien, avec paraplégie, par Léonard Weber, 55 — et sarcomatoses du système nerveux, par Philippe, Cestan et Oberthur, 364.
Schœpfer. Voir *Réflexe*.
Science mentale. L'état présent de la —, par Hollander, 510.
Sclérodermie dactylique, par de Macre, 159.
Sclérose en plaques infantile à forme hémiplégique d'origine hérédo-syphilitique probable, par G. Carrier, 382. — familiale, par Brissaud, 535.
Scoliose neuropathique, par Buck, 158.
Sécrétion des larmes. Contribution clinique et expérimentale à la question de la —, par Kœster, 163.
Sein hystérique, par Viallon et Alambert, 220.
Sens musculaire. Le —; par John Reid, 56. L'évolution du — des couleurs; par Edridge-Green, 503.
Sensibilité osseuse décelée par le diapason, par Egger, 65. Voir *Anesthésie*. Des interférences de la —, par Adamkiewicz, 148. De la — à l'aimant, par Féré, 506.
Serums toxiques. Action des — sur l'écorce cérébrale du cobaye, par Dopter, 178.
Sons. Voir *Cerveau*.
Spermatogenèse Le début de la — dans l'espèce humaine. Application médico-légale; par Leprince, 184.
Sphinx. Voir *Myopathie*.
Spina bifida avec agenésie radiculaire et cordonale, par Sano, 159.
Spiritisme et folie, par Marie et Vigouroux, 514.
Suicide d'un adolescent, 79 —. Voir *Arbre généalogique*.
Suggestibilité. Les modalités de la — par Berillon, 538.
Suggestion. Action vasomotrice de la —; guérison des verrues, par Haeberlin, 277. — Voir *Paraplégie*. — musicale et psychothérapie, par Lemesle, 539.
Surdité verbale pure, par Déjerine et Thomas, 63.
Sydenham. Voir *Tics*.
Sympathectomie. Voir *Epilepsie*.
Syndrome occipital double, par Dide, 179.
Syphilis cérébrale sept mois après l'accident, par Charvet, 437. — Voir *Paralysie générale*.
Syringomyélie. Main de prédicateur. Troubles oculaire, asnesthésie segmentaire, par Bouchaud, 436.
Système nerveux. — Voir *Cancer*. — Voir *Sarcome*.

Tabes. Voir *Massage*. Etude sur les troubles objectifs ses sensibilités superficielles dans le —, par Riche et de Gothars, 427. — Voir *Troubles*.
Tachicardie et tremblement, par Vaquez, 176. — Voir *Tremblement*.
Tension artérielle. Voir *Hypnose*.
Thorax en entonnoir, par Klippel et Lepas, 176.
Tics. Des — en général, par Nogués, 254. Sur quelques détails relatifs à l'étiologie et à la symptomatologie des —, par Pitres, 2 2. La correction des —; le contrôle du miroir, par Meige, 274. Deux femmes rares du — facial, par von Bechterew, 425. Note sur deux — du pied, par Raymond et Janet, 428. Le diagnostic différentiel de la maladie des — et de la maladie des — et de la chorée, de Sydenham, par Oddo, 431. — — de déglutition chez un hystérique. — Traitement et guérison, par Hartenberg, 447.
Toxémie. Voir *Troubles mentaux*.
Traumatisme. Voir *Folie*.
Tremblements infantiles et nystagmus congénitaux. Essai de classi-

fication séméiologique, par Lenoble et Aubineau, 101. — fonctionnel de la main droite, par Heldenberg, 144. Voir *Tachicardie*. — et tachycardie, par Ballet et Delherm, 533.

TRICHOTILLOMANIE. — Voir *Paralysie générale*.

TROPHONÉVROSE hémiatrophique totale et familiale, par Raymond et Sicard, 175.

TROUBLES mentaux sous la dépendance de la toxémie, par Sir Dyce Duckworth, 146 — objectifs. Voir *Tabes*. — nerveux secondaires portant sur les fonctions de la nutrition, par Havem, 432. Les — de la sensibilité dans le tabes, par Frenkel et Foersler, 435. — Voir *Syringomyélie*. L'usage et l'abus des voyages dans le traitement des — mentaux, par Savage, 444. Sur les lésions cellulaires corticales observées dans 6 cas de — mentaux infectieux, par Faure, 447. — mentaux dans le cours des affections cardiaques, par Zederbaum, 511. Evolution comparée des — de la sensibilité aux trois périodes de la paralysie générale, par Marandon de Montyel, 520. — moteurs chez les paralytiques généraux, par Marandon de Montyel, 531.

TUBERCULOSE. Le traitement de la — dans les asiles, par Lionel et Weatherly, 443.

TUEUR DE FEMMES, 191.

TUMEUR cérébelleuse et épilepsie, par Marchand, 144. — du thalamus optique, par Michel Clarke, 505.

URANISTE. La situation sociale de l' — par Crocq, 150.

VALÉRIANATES. Voir *Valériane*.

VALÉRIANE ET DES VALÉRIANATES. Contribution à l'étude de l'action physiologique de la —, par Ch. Féré, 22.

VAMPIRE DE MUY, 191.

VERRUES. Voir *Suggestion*.

VERTIGE PSYCHIQUE, par Vaschide et Vurpas, 531.

VOYAGES. Voir *Troubles mentaux*.

WESTPHALL. La contraction paradoxale de — et le réflexe plantaire combiné ou paradoxo-normal, par Heldenbergh, 145.

ZONA. Un cas de — topographique radiculaire rigoureuse des trois premières lombaires, avec trouble de la sensibilité dans le même territoire, par Armand Delille et Camus, 534.

---

## TABLE DES AUTEURS ET DES COLLABORATEURS

Abadie, 434.
Adamkiewicz, 148.
Albert-Weill, 187.
Alambert, 220.
Ambard, 1.
Anglade, 517.
Antonowsky, 496.
Apert, 67.
Armand-Delille, 534.
Athanassio, 465.
Aubineau, 101.

Ballet, 64, 176, 435, 533.
Batigne, 438.
Bechterew (von), 425, 490, 497.
Benedikt, 154.
Bérillon, 278, 279, 538.
Bernard, 435.
Bodin, 343.
Bonne, 502.
Bonnet, 380, 395.
Bouchaud, 143, 436.
Bourneville, 1, 330, 418.
Boyer, 418.
Bra, 51.
Brissaud, 535.
Broadbent, 530.
Buck (de), 146, 158, 160.
Camus, 534.
Carrier, 382.
Carrière, 432.
Caskey, 160.
Castaigne, 427.
Castin, 386.
Cestan, 81, 179, 364, 391.
Charvet, 437.
Christian, 518.
Clausalles, 185.
Clérambault, 289. 407.
Courtensoux, 377.
Crocq, 142, 145, 150, 372, 387, 521.

Crouzon, 177.
Cruchet, 535.
Cuylitz, 520.

Damuglon, 278.
David, 538.
Dawson, 440.
Dejérine, 63, 64.
Dejérine (Mme), 177, 534.
Delherm, 64, 533.
Delile, 180, 534.
Deluis, 280.
Deschamps, 388.
Devay, 383.
Dide, 179, 343.
Dopter, 178.
Doutrebente, 337.
Drapes, 522.
Ducosté, 381.
Dufour, 176, 535.
Dupont, 65.
Dupré, 383, 384.
Durante, 388.
Dupuis-Dutemps, 391.
Dyee Duckworth, 146.

Edrige-Green, 503.
Egger, 65.
Erskine, 147.
Etienne, 428.

Farnarier, 429.
Farez, 279.
Farron, 502.
Faucher, 539.
Faure, 377, 378, 384, 447.
Féré, 22, 445, 506, 514.
Ferrand, 66.
Frenkel, 435.
Franken, 538.
Foersler, 435.

Gannouchkine, 193.
Garnier, 335.
Gehuchten (van), 159.
Gilbert, 522.
Gleitsmann, 164.
Glorieux, 157.
Goldstein, 502.
Gothard (de), 427.
Grasset, 68, 185.
Grünbaum, 505.
Gudden, 149.
Guiard, 289, 406.
Guillain, 177, 429, 501.

Haerbelin, 277,
Hamel, 458.
Halva, 62.
Haskover, 438.
Hartemberg, 392.
Hauser, 531.
Hayem, 432.
Heldenbergh, 144, 145, 158.
Hermann, 497.
Hesse, 426.
Hoche, 491.
Hoffmann, 163.
Hollander, 498, 510.
Huet, 536.

Ireland, 525.

Jabinsky, 537.
Jaboulay, 442.
Jacob, 531.
Janet, 428, 429, 434.
Joffroy, 331, 369.
Joire, 280.
Joteyko, 143, 144.
Juquelier, 173.

Kéraval, 356.
Kirchhoff, 499.
Klippel, 176.
Kœster, 163.

Labatut, 392.
Laignel-Lavastine, 384, 385.
Lalande, 517.
Lalanne, 230.
Lallemant, 459.
Lamb, 57.
Lannois, 442, 506.
Larrivé, 338, 340.
Launois, 532.
Laurent, 519.
Leeper, 153, 504.
Le Menant des Chesnais, 279.
Legrain, 344.
Lemesle, 539.
Lenoble, 101.
Lepas, 176.
Leprince, 184.
Levaditi, 439.
Ley, 521.
Libotte, 443.
Liewkowsky, 425.
Lionnet, 443.
Liston, 151.
Lostat, 531.

Macdonald, 55.
Maere, 159.
Magnus, 427.
Malapert, 543.
Marandou de Montyel, 520, 531.
Marchand, 144.
Marie, 329, 345, 514.
Marinesco, 500.
Masoin, 150.
Masselon, 174.
Maxwell, 374.
Méeus, 542.
Meige, 274, 391.
Mercier, 331.
Michel-Clarke, 505.
Minier, 517.
Moor, 431.
Mousseaux, 358.

Noguès, 254.
Noyes, 506.

Oberthür, 358, 361, 364.
Obregia, 371.
Oddo, 431.
Ossipow, 441.

Pailhas, 207, 379, 380.
Pagniez, 384.
Paris, 401.
Pautet, 506.
Perry (de), 387.
Petit, 121, 303,
Pherson, 186.
Philippe, 165, 364, 537.
Pichenot, 390.
Pick, 490, 514.
Picqué, 329.
Pierret, 380.
Pitres, 262.
Poirson, 481.

Rabaud, 369.
Raviart, 356.
Raymond, 81, 142, 175, 179, 428, 434, 537.
Régis, 345.
Reid, 56, 505.
Riche, 427.
Robertson, 55, 532.
Rocher, 434.
Rorie, 510.
Rouby, 125, 227, 313, 380.
Rothmann, 493.
Roy, 532.

Sano, 144, 159.
Savage, 444.
Schaffer, 57.
Scherb, 439.

Scherrington, 505.
Séglas, 336, 516.
Sérieux, 167, 174.
Shaw-Bolton, 54, 504.
Shuts-Cherbach, 494.
Sikora, 433.
Simpsons, 446.
Soukhanoff, 150, 193, 438.
Souques, 427, 433.
Spicer, 148.
Stéfanowska, 143, 144.
Stembo, 280.
Stewart, 153, 522.
Stoddart, 512.

Tesdorpf, 280.
Tromas, 63, 64.
Trenel, 458.
Truelle, 303.
Tuke, 443.
Turner, 532.

Urquhart, 157.

Vaquez, 176.
Vaschide, 141, 503, 531.
Viallon, 220.
Vigouroux, 173, 514.
Voisin, 275.
Vurpas, 141, 503, 531.

Wanner, 149.
Wéber, 55.
Weatherly, 443.
Wilcox, 153.
Wizel, 445.
Wood, 157.

Zacher, 60.
Zederbaum, 511.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 11-1902.

NB844

3 2044 103 0